

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ЛИМФАНГИОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Актуальность. В клинической практике помимо традиционных хирургических причин острого живота мы сталкиваемся с редкими заболеваниями, к которым с полным правом можно отнести кистозную лимфангиому. Выбор хирургической тактики при редко встречающейся патологии является крайне сложной и актуальной задачей для детского хирурга.

Цель. Продемонстрировать возможности лапароскопии в диагностике и лечении кистозных лимфангиом брюшной полости у детей.

Методы. За период 2017–2019 гг. по поводу кистозной лимфангиомы брюшной полости были прооперированы 6 детей. Соотношение мальчиков и девочек составило 3:3, средний возраст детей — 4,2+2,6 г. Все дети были госпитализированы в экстренном порядке с подозрением на острый аппендицит, с жалобами на схваткообразные боли, рвоту, задержку стула. Инструментальная диагностика включала УЗИ, СКТ и МРТ по показаниям. Во всех наблюдениях окончательная диагностика и хирургическое лечение были проведены с использованием лапароскопических технологий.

Результаты. У 5 (83,3 %) детей была диагностирована многокамерная лимфангиома брыжейки тонкой кишки, у одного ребенка — лимфангиома большого сальника. Осложненное течение имело место в 83,3 % наблюдений: частичная непроходимость кишечника (2); заворот подвздошной кишки с некрозом (1); подкрут с кровоизлиянием в кистозные полости (2).

Лапароскопию выполняли под эндотрахеальным наркозом в положении больного на спине по традиционной методике. Используем три троакара: 11 мм. (оптический) — в области пупка, 5 мм. (инструментальные) — в левой подвздошной области и над лоном. Для уменьшения объема кистозных полостей после входа в брюшную полость выполняем пункцию крупных кистозных образований. При значительных размерах кистозной полости возможна пункция через переднюю брюшную стенку под контролем УЗИ для свободного входа в брюшную полость. При кисте большого сальника (1) была выполнена его субтотальная резекция вместе с кистой с использованием ультразвукового диссектора. При многокамерных лимфангиомах брыжейки тонкой кишки (5) во всех наблюдениях была выполнена резекция участка кишки с интимно прилегающими полостями лимфангиомы в пределах здоровых тканей. В 3-х наблюдениях резекция кишки с наложением анастомоза конец в конец была выполнена лапароскопически, в 2-х — использовали минилапаротомный доступ для удаления лимфангиомы и наложения анастомоза. При лапароскопическом варианте операции лимфангиому с участком резецированной кишки удаляли после погружения в эндомешок через пупочный доступ. Интраоперационных осложнений не было. Течение послеоперационного периода у всех детей гладкое. Гистологическое исследование подтвердило диагноз. Все дети осмотрены в катамнезе (более 6 мес.) — рецидива не выявлено.

Заключение. При кистозных лимфангиомах брюшной полости лапароскопия позволяет не только подтвердить диагноз, но и полностью выполнить хирургическое лечение малоинвазивным путем.