

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАНГИОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

*Сварич В.Г.<sup>1</sup>, Сварич В.А.<sup>2</sup>, Каганцов И.М.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар

<sup>2</sup> Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, Сыктывкар

**Актуальность.** Лечение лимфангиом брюшной полости, особенно больших размеров, в ряде случаев представляет значительные трудности, ввиду их тесной связи с подлежащими органами.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 42 пациента в возрасте от 1 месяца до 17 лет, оперированных по поводу лимфангиомы брюшной полости. Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование и компьютерная томография брюшной полости для уточнения локализации и распространенности образования и выбора метода оперативного вмешательства. У 37 (88,1 %) детей лимфангиома брюшной полости удалена лапароскопическим способом. У 5 (11,9 %) детей образование занимало всю брюшную полость и для его удаления пришлось выполнить открытое оперативное вмешательство.

**Результаты и обсуждение.** Во время оперативного вмешательства установлено, что у 18 (42,9 %) пациентов лимфангиома исходила из корня брыжейки тонкой или толстой кишки. У остальных 24 (57,1 %) детей последняя исходила из брюшины. После лапароскопического выделения лимфангиомы последнюю пунктировали и отсасывали жидкостное содержимое с целью редукции ее размеров для помещения в контейнер и последующего удаления из брюшной полости. У двух (4,8 %) пациентов ввиду тесного сращения лимфангиомы с сосудами брыжейки толстой кишки после удаления образования возникло сегментарное нарушение кровоснабжения последней, потребовавшее лапароскопически ассистированной резекции толстой кишки с наложением анастомоза конец в конец. Лимфангиомы больших размеров, занимавшие всю брюшную полость были многокамерными и имели общий диаметр от 30 до 45 сантиметров. Вес варьировал в пределах 2,8–4,2 килограмма. У одного (2,4 %) пациента во время лапаротомии верхний полюс лимфангиомы был тесно спаян с нижней половиной селезенки. Попытка отделения образования привела к резко выраженному цианозу нижней половины селезенки вследствие нарушения ее кровоснабжения. Проведена резекция половины селезенки с помощью аппарата Ligasure и раневая поверхность оставшейся половины органа укрыта пластинами «Тахокомба». Кистозное образование удалено из брюшной полости вместе с частью селезенки. У всех детей ближайший и отдаленный послеоперационный периоды протекали без осложнений и рецидивов заболевания.

**Выводы.** В подавляющем большинстве случаев удаление лимфангиомы брюшной полости может быть выполнено лапароскопическим способом. Когда лимфангиома занимает всю брюшную полость показано удаление последней открытым способом. В случае тесного сращения лимфангиомы с внутренними органами технически возможно одномоментное удаление последней с сохранением большей части прилежащих органов брюшной полости, что потребовалось у 7,1 % пациентов.