

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГИГАНТСКОЙ ЗАБРЮШИННОЙ МИКРОКИСТОЗНОЙ ЛИМФАНГИОМОЙ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ КИШКИ

Стойко Ю.М., Левчук А.Л.,
Шимкович С.С.*

Национальный медико-хирургический
Центр имени Н.И. Пирогова, Москва

УДК: 616.381-006.314.03:343/.136.46-089

DOI: 10.25881/BPNMSC.2019.99.86.028

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GIANT RETROPERITONEAL MICROCYSTINS LYMPHANGIOMAS OF THE MESENTERY

Stoyko Yu.M., Levchuk A.L., Shimkovich S.S.*

Federal State Public Institution «National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Резюме. Представлены результаты обследования, диагностики и хирургического лечения пациентки с лимфангиомой органов брюшной полости.

Ключевые слова: лимфангиома, диагностика, хирургическое лечение лимфангиом.

Abstract. There are presented the results of examination, diagnostics and surgical treatment of patient with intraabdominal lymphangeoma.

Keywords: lymphangeoma, diagnostics, surgical treatment of lymphangeoma.

Лимфангиомы – это доброкачественные опухоли из группы эмбриональных ангиодисплазий. Они являются следствием неправильного развития лимфатических сосудов, что приводит к формированию лимфатических резервуаров с отсутствием нормального дренирования в лимфатическую систему, обладающих медленным инфильтративным ростом.

Лимфангиомы встречаются у 10–12% детей, преимущественно у мальчиков, рожденных с доброкачественными новообразованиями. Диагностируются они преимущественно до 2 лет жизни, зачастую как случайная находка. Большинство лимфангиом локализируются в области шеи (75%), в подмышечной впадине (20%) и лишь в 5% случаев – в брюшной полости, забрюшинном пространстве и средостении. Течение брыжеечных лимфангиом преимущественно бессимптомное, однако у 7% больных наблюдаются осложнения: острая кишечная непроходимость, и разрыв, сопровождающиеся асцитом, внутрибрюшным кровотечением, лимфореей, нагноением.

Классификация лимфангиом по G. Pask и J. Ariel (1958 г.):

- По морфологическому строению:
1. Простая лимфангиома – локальное разрастание лимфатических сосудов в четко ограниченных участках кожи, а так же в подкожной клетчатке.
 2. Кавернозная лимфангиома – представлена кистозными образова-

ниями, неравномерно заполненными лимфой. Полости образованы из соединительнотканного губчатого основания, содержащего эластический каркас, гладкие мышечные волокна и мелкие лимфатические сосуды.

3. Кистозная лимфангиома – состоит из одной или нескольких кист различной величины (от 0,3 см и до огромных размеров), как правило, сообщающихся между собой.
4. Гемангиолимфангиома – лимфангиома с присоединением мальформаций из кровеносных сосудов.

По размеру кист, различают:

Макрокистозную лимфангиому – это одна или несколько кист размером более 2 см, микрокистозную лимфангиому – размер кист менее 2 см и смешанный тип, – когда имеются кисты разного калибра.

Методы диагностики: ультразвуковое исследование, рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, диагностическая лапароскопия.

Лечение лимфангиом преимущественно хирургическое, однако свою эффективность доказали так же миниинвазивные и неинвазивные технологии: дренирование кист под УЗИ контролем с последующими курсами склеротерапии «Этоксисклеролом», «ОК-432 Пицибанилом», «Блеомицином», «Фибро-Вейном»; СВЧ деструкция. Применяется также

комбинированное лечение: СВЧ-деструкция + склеротерапия с последующим хирургическим иссечением.

Выбор метода лечения определяется в зависимости от типа, размеров опухоли, ее взаимного расположения по отношению к органам и магистральным сосудам. Рецидивы лимфангиом после радикального хирургического лечения описаны до 6 % случаев; после миниинвазивных методик – до 25%.

Клинический случай

Пациентка В. 20 лет, поступила в НМХЦ им. Н.И. Пирогова 21.04.2016 г. Жалоб на момент госпитализации не предъявляла. Из анамнеза известно, что в феврале 2016 г. при плановом осмотре у гинеколога обнаружено объемное образование брюшной полости, плотно прилегающее к правому яичнику. 27.03.2016 г. госпитализирована в гинекологическое отделение ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ России, где 28.03.2016 г. выполнена диагностическая лапароскопия, в ходе которой обнаружено объемное белесоватое образование мягко-эластической консистенции с бугристой поверхностью, расположенное забрюшинно от мыса крестца до брыжейки поперечно – ободочной кишки. Гинекологической патологии не выявлено. От расширения объема оперативного вмешательства отказались. Через 3 месяца на УЗИ и КТ брюшной полости определялось прогрессивно растущее

* e-mail: s.shimkovich@gmail.com

объемное жидкостное образование, размерами 112 × 88 × 112 мм, предположительно лимфангиома. Госпитализирована в НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Частота дыхательных движений 17 в 1 мин. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании симметричны. Аускультативно в лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Пульс 73 в мин., хорошего наполнения, удовлетворительных качеств. Артериальное давление 120 / 80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации, мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации в надлобковой области определяется образование плотно-эластичной консистенции, неправильной формы, размерами 6 × 7 × 12 см. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Почки не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочиспускание свободное, безболезненное. Моча светлая, без патологических примесей, в достаточном количестве.

Больной выполнена компьютерная томография (Рис. 1), ультразвуковое исследование брюшной полости. Учитывая большой размер диагностированного жидкостного образования и его многокамерный характер, – выполнение чрескожного наружного дренирования, с последующим склерозированием кист, – признано нецелесообразным, в виду малой эффективности и высоких рисков повреждения петель тонкой кишки и сосудов брыжейки.

22.04.2016 г. пациентка оперирована. Под эндотрахеальным наркозом проведена диагностическая лапароскопия: в брюшной полости асцита, канцероматоза брыжины не выявлено. В брыжейке тонкой кишки (между ее листков) определяется бугристое, белесоватого цвета образование с жидкостным компонентом размерами до 15 × 14 × 16 см с нечеткими границами (инфильтративный рост) (Рис. 2). Учитывая значительный размер образования и прилегание опухоли к магистральным сосудам брыжейки, – принято решение выполнить конверсию.

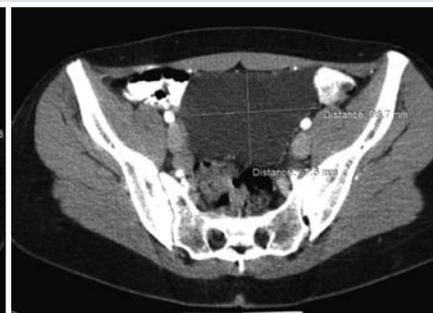


Рис. 1. Компьютерная томография органов брюшной полости и таза пациентки В.

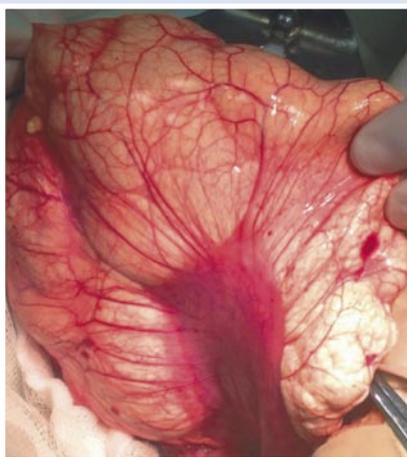


Рис. 2. Лимфангиома брыжейки тонкой кишки.

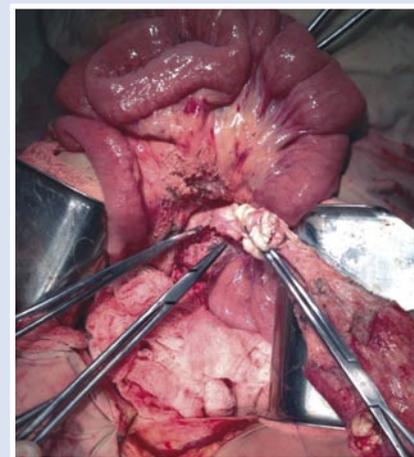


Рис. 4. Выделение лимфангиомы из брыжеечных сосудов.

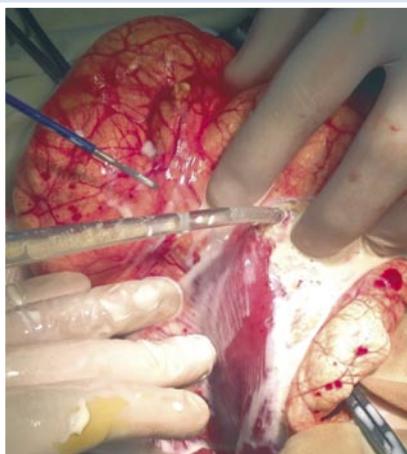


Рис. 3. Отделение лимфангиомы от брыжейки тонкой кишки.

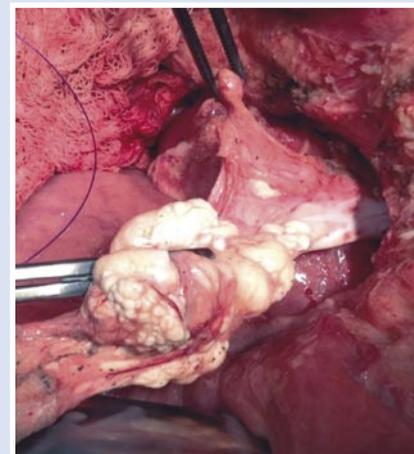


Рис. 5. Этап удаления лимфангиомы.

Выполнена срединная лапаротомия на протяжении 15 см.

Вскрыт задний листок брыжейки тонкой кишки, имеющееся образование (лимфангиома) поэтапно выделено, мобилизовано от брыжеечных сосудов и удалено в пределах здоровых тканей (Рис. 3, 4).

Десерозированный участок брыжейки в проекции связки Трейца укрыт двумя пластинами «Тахокомба» (Рис. 5) Установлены дренажи: в малый таз и в левый боковой канал к корню брыжейки тонкой кишки. По дренажам за сутки эвакуировалось до 100 мл лимфы.

К пятым суткам послеоперационного периода отделение лимфы по дренажам прекратилось, по УЗИ – в брюшной полости определялось до 50 мл жидкости, дренажи удалены. Однако на 8 сутки послеоперационного периода развилась симптоматика парегической кишечной непроходимости. По данным УЗИ и КТ органов брюшной полости диагностировано скопление жидкости до 850 мл, расположенной межпечельно и в малом тазу. Под УЗИ и РТВ контролем выполнена пункция и дренирование полости малого таза (Рис. 6). Эвакуировано 800 мл лимфы.

Через сутки – парез кишечника разрешился. Ежедневная потеря лимфы составляла до 300 мл. Больная переведена на диету с повышенным содержанием белка. После купирования лимфорей через 2 недели дренаж был удален. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. По результатам ультразвукового контроля – на протяжении 3-х суток после удаления дренажа объем свободной жидкости в брюшной полости не превышал 30 мл. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Данные гистологического исследования (окраска гематоксилин-эозин) № 22533-22537 от 27.04.2016 г. соответствуют лимфангиоматозу малого таза (изменения по типу гамартоматозного порока развития лимфатических сосудов) (Рис. 7, 8).

Больная В. динамически наблюдалась, обследована через месяц, год и два



Рис. 6. Дренаж брюшной полости.

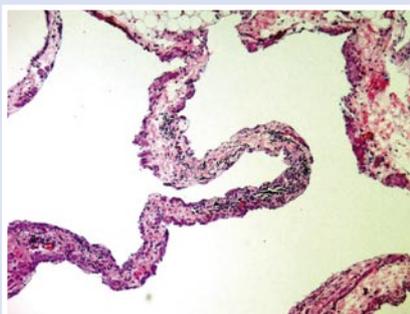


Рис. 7. Гистологическое строение опухоли (окраска гематоксилин-эозин, увеличение $\times 1000$).

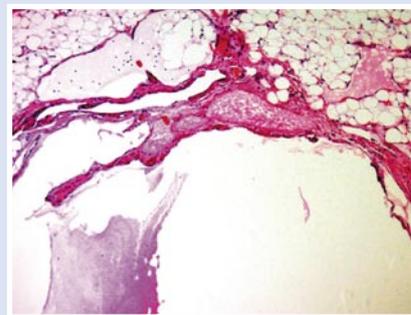


Рис. 8. Гистологическое строение опухоли (окраска гематоксилин-эозин, увеличение $\times 1000$). Представлены крупные лимфатические резервуары.

года после выписки. Состояние удовлетворительное. Приступила к работе. Жалоб не предъявляет. Рецидива заболевания не выявлено.

Таким образом, наше наблюдение, наглядно демонстрирует проблемы несвоевременной диагностики эмбриональных пороков развития, а так же лечебно-диагностическую программу и хирургическую тактику лечения поздно диагностированных лимфангиом брыжейки тонкой кишки больших размеров, методы профилактики возможных последствий лимфорей в послеоперационном периоде.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).