

УДК 616.383-006.314.03-053.2

В.К. Литовка², В.Н. Грона¹, И.П. Журило¹, С.В. Весёлый¹, Г.А. Сонов¹,
К.В. Латышов¹, А.Ю. Гунькин², Т.Ю. Моисеева²

ЛИМФАНГИОМЫ БРЫЖЕЙКИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

²Областная детская клиническая больница, Донецк

Лимфангиомы составляют 10% всех доброкачественных новообразований в онкопедиатрии. В клинике лечилось 622 ребенка в возрасте от одного месяца до шестнадцати лет с лимфангиомами различной локализации. Лимфангиомы органов брюшной полости имели место у 47 (7,6%) больных. Среди висцеральных лимфангиом у 15 (31,9%) пациентов наблюдались лимфангиомы кишечника и его брыжейки. У всех 15 детей с поражением брыжейки кишечника были выполнены радикальные операции. Объем хирургического вмешательства зависит от размеров и локализации лимфангиомы, ее взаимоотношения с кишечной трубкой и мезентериальными сосудами. Послеоперационных осложнений отмечено не было.

Ключевые слова: лимфангиома, брыжейка кишечника, дети.

Лимфангиома – доброкачественная опухоль из лимфатических сосудов, возникающая в результате дисэмбриогенеза [1-3, 7-9]. Это новообразование, в подавляющем большинстве, выявляют в периоде новорожденности или в первые месяцы жизни ребенка. Реже – на протяжении второго-третьего года жизни. Использование ультразвукового исследования (УЗИ) позволяет выявить опухоль у плода интранатально [4, 10].

Лимфангиомы мягких тканей (наружная локализация) встречаются в любых частях тела, но излюбленная локализация в местах скопления регионарных лимфатических коллекторов: шейно-подчелюстная, подмышечная область, щека, проксимальные отделы конечностей. Значительно реже (в 8-15%) наблюдается внутренняя локализация опухолей (висцеральные формы). В процесс вовлекаются органы брюшной полости (кишечник и его брыжейка, печень, селезенка, сальник), забрюшинная клетчатка, а также лимфатические сосуды и лимфатические узлы средостения и легких [1, 2, 8, 9].

Лимфангиомы составляют примерно 9-10% всех доброкачественных новообразований в онкопедиатрии [3, 7, 9]. Несмотря на доброкачественный характер, лимфангиомы обладают склонностью к инфильтративному росту, нередко рецидивируют, порой подвергаются воспалению. Признаков малигнизации этой опухоли в литературе не описано. Различают простые, кавернозные и кистозные лимфангиомы. Внутренняя поверхность кист

обычно выстлана эндотелием, а стенки содержат плотную соединительную ткань. Выделяют еще смешанные лимфангиомы, которые по своей морфологической структуре сочетаются с другими опухолями (лимфгемангиома, лимфангиофиброма) [1, 2, 8, 10].

Цель работы: оптимизация диагностики и хирургической тактики у детей с лимфангиомами брыжейки кишечника.

Материал и методы

В клинике детской хирургии за последние 26 лет (1985-2010 гг.) лечилось 622 ребенка в возрасте от одного месяца до шестнадцати лет с лимфангиомами различной локализации. Среди возрастных групп преобладали дети до двух лет, что подтверждает дизонтогенетический характер данной патологии. Лимфангиомы мягких тканей (наружная локализация) имели место у 575 (92,4%) детей, висцеральные формы встретились у 47 (7,6%) больных. Среди лимфангиом внутренних органов поражения кишечника и его брыжейки имело место у 15 пациентов, что составило 31,8% всех висцеральных форм. Мальчиков было 8, девочек – 7. В возрасте до года – 4 детей, 1-3 года – 6, 4-6 лет – 3, старше 6 лет – 2. Поражение тонкой кишки и ее брыжейки выявлено у 11 детей, толстой кишки с прорастанием в забрюшинное пространство – у 4. Следует подчеркнуть, что лимфангиомы локализовались чаще в терминальных отделах подвздошной кишки (8 больных), реже (3 детей) – в тощей кишке на расстоянии 80-100 см от связ-

ки Трейца. Лимфангиома толстой кишки диагностирована у 4 детей (в нисходящем отделе – у 2, в брыжейке сигмовидной кишки и восходящей кишки – по одному случаю). Большинство лимфангиом брыжейки кишечника были кистозными (у 13 больных), реже – кавернозными (у 2). В плане обследования использовали лапароскопию, УЗИ и спиральную компьютерную томографию (СКТ).

Результаты и обсуждение

Клиническая картина при лимфангиомах брыжейки тонкой и толстой кишки была разнообразной и зависела от размера, локализации, количества лимфатических кист, взаимоотношения с кишкой и смежными органами, характера присоединившихся осложнений, что согласуется с данными литературы [1, 8-10]. При анализе собственных наблюдений мы выделили три группы больных, которые имели ряд характерных признаков.

Первую группу составили дети с увеличенным в объеме животом и пальпируемой опухолью в брюшной полости (7 больных). Вторую – пациенты, поступившие с клиникой “острого живота” или кишечной непроходимости. К третьей группе было отнесено двое детей с бессимптомным течением заболевания. Опухоль у этих больных была выявлена внутриутробно с помощью ультрасонографии. Проводилось динамическое наблюдение и контрольные УЗИ.

У больных первой группы обращал на себя внимание увеличенный живот. Общее состояние чаще всего оставалось удовлетворительным. При осмотре отмечалась асимметрия живота за счет опухолеподобного образования, плотно-эластической консистенции, ограничено подвижного, безболезненного, с гладкой поверхностью. По мере роста опухоли периодически появлялись “беспричинные” боли в животе. Госпитализировались больные с подозрением на кисту или опухоль брыжейки кишечника или сальника. У девочек не исключалась киста яичника. Оперировались пациенты после обследования (УЗИ, СКТ) в плановом порядке. Приводим наше наблюдение.

Больная Ч., 3 лет, поступила в клинику 01.10.88 с подозрением на кисту левого яичника. Заболела сутки назад, когда появились боль в животе, рвота. Увеличение живота отмечается последние 3-4 месяца. К врачам не

обращались. Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Живот слегка вздут, асимметричен, участвует в дыхании, при пальпации мягкий. В левом фланке определяется опухолевидное образование диаметром до 12 см, упругое, эластичное, полициклическое, малоподвижное. Нижний полюс образования прощупывается при пальцевом ректальном исследовании, примеси крови в кале нет. Проведено обследование – общеклинические и биохимический анализы крови без особенностей. УЗИ: в проекции нисходящей и сигмовидной кишки определяется опухолевидное образование размерами 13×8×6 см, однородно экзогенное, с уплотнением в центре размерами 3×2,5 см. При ирригографии выявлена деформация ректосигмовидной зоны кишечника. Диагноз: опухоль левого яичника(?); лимфангиома брыжейки нисходящей ободочной кишки (?).

08.10.88 выполнена операция. Срединная лапаротомия. Обнаружено опухолевидное образование темно-фиолетовой окраски, в капсуле, полициклическое, занимающее почти всю левую половину забрюшинного пространства, от почки до входа в малый таз, прорастающее брыжейку нисходящей ободочной кишки. Медиальнее нижнего полюса образования обнаружен неизмененный левый яичник. При пункции опухоли аспирировано до 450 мл гемолизированной, почти черного цвета крови с обилием сгустков. Удалены оболочки кисты (без повреждения сосудов брыжейки) нисходящей ободочной кишки, а также несколько кист диаметром от 1 до 5 см с аналогичным содержанием. Образовавшаяся после удаления кист полость обработана спиртом, дренирована тампоном, введенным внебрюшинно через дополнительный разрез в левой поясничной области. Ушит задний листок брюшины. Рана зашита наглухо. Заключение гистологического исследования: кистозная лимфангиома.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии 20.10.88 больная выписана. Осмотрена через 1, 3, 6, 10 мес и 2 года. Жалоб нет. Здорова.

Шесть детей второй группы оперированы преимущественно в urgentном порядке с подозрением на острый аппендицит (трое больных). На операции находили неизмененный червеобразный отросток и лимфангиому, как

истинную причину заболевания. Приводим наблюдение.

Ребенок Д., 3,5 лет (история болезни № 536), поступил в клинику 16.01.06 г. с подозрением на острый аппендицит, аппендикулярный перитонит. В ургентном порядке (17.01) произведена лапаротомия.

Разрезом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость. При выведении купола слепой кишки, в брюшной полости обнаружено образование бордового цвета, умеренно подвижное. Срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружена лимфангиома исходящая из брыжейки тонкого кишечника 10×15 см, многополярная, на ней распластан участок тонкой кишки.

Лимфангиома расположена в 40-45 см от связки Трейца. Произведена резекция участка тонкой кишки, несущего лимфангиому, с наложением анастомоза “конец в конец”. Анастомоз герметичен, проходим. Дефект в брыжейке ушит отдельными кетгутовыми швами. В брыжейку введено 10 мл 0,25% раствора новокаина. Контроль на гемостаз – сухо. Учитывая наличие раны в правой подвздошной области, произведена аппендэктомия с погружением культи отростка кيسетным и Z-образными швами. Послеоперационный период протекал гладко. Гистологическое заключение подтвердило диагноз лимфангиомы брыжейки тонкого кишечника.

Остальные трое детей оперированы с клиникой кишечной непроходимости на почве предполагаемого дивертикула Меккеля либо инвагинации кишечника. Клиника кишечной непроходимости на почве лимфангиомы зависела от того, какой вид непроходимости вызывала опухоль: сдавление просвета или заворот. У всех больных отмечались периодические боли в животе, рвота. Большинство пациентов поступили в клинику в тяжелом состоянии с признаками обезвоживания и интоксикации, на которые указывали сухость кожных покровов, тахикардия, заостренные черты лица. Живот обычно вздут. При пальпации мягкий, болезненный. Глубокую пальпацию чаще всего произвести не удавалось из-за болевого синдрома и мышечной защиты (в связи с чем опухоль не пальпировалась).

Две пациентки с бессимптомным течением оперированы в плановом порядке с подозрением на лимфангиому большого сальника или

брыжейки кишечника. Опухолевидное образование у этих детей выявлено пренатально. Приводим одно из наших наблюдений.

Ребенок О., 1 года 7 месяцев (история болезни № 3687), поступил в клинику 29.03.10 г. Жалоб на момент госпитализации не было. Из анамнеза заболевания известно, что пренатально (21-22 неделя гестации), во время УЗИ плода, была выявлена опухоль брюшной полости. В левом отделе брюшной полости, ниже желудка, визуализировалось анэхогенное образование с четкими, неровными контурами, размерами 25×17×13 мм, неоднородной структуры за счет перегородок. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100,0. Мальчик находился на грудном вскармливании, рос и развивался соответственно возрасту, наблюдался педиатром, хирургом. Беспокойства, рвоты, вздутия живота, задержки стула отмечено не было. Сонографически в возрасте 3 и 6 месяцев отмечено незначительное увеличение опухоли брюшной полости в размерах. В годовалом возрасте новообразование достигло 36×22×18 мм. От предложенного оперативного лечения родители временно воздержались. В 1 год 7 месяцев пациенту выполнено контрольное УЗИ – образование значительно увеличилось в размерах. Для лечения ребенок госпитализирован в областную детскую больницу.

При поступлении общее состояние средней тяжести по основному заболеванию, самочувствие удовлетворительное. Пациент в сознании, на осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, сухие. Видимые слизистые обычной окраски. Со стороны костно-мышечной системы без особенностей. В легких жесткое дыхание, слева несколько ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий во всех отделах, безболезненный. В околопупочной области слева пальпируется образование до 7 см в диаметре, плотно-эластичной консистенции, с гладкими контурами, безболезненное. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Почки, селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускания не нарушены. При пальцевом ректальном исследовании опухолевидное образование не достигалось.

В клинике обследован. Сонографически в

брюшной полости (23.03.2010 г.), под передней брюшной стенкой, на границе между мезогастральной областью и левым фланком, визуализировалось экзогенное образование неоднородной структуры, неправильной формы, с нечеткими, размытыми контурами, 78×54×50 мм с округлым, гипоехогенным и анэхогенным включением, диаметром 14 мм. В общих анализах крови и мочи без особенностей. Выставлен диагноз: киста (опухоль?) левой половины сальника или брыжейки кишечника.

30.03.2010 года произведена срединная лапаротомия длиной до 10 см. Гемостаз. По вскрытии брюшины выпот серозный, до 5 мл. При дальнейшей ревизии установлено, что на расстоянии до 1 метра от илеоцекального угла, в брыжейке подвздошной кишки определяется опухолевидное образование, размерами 9×7×5 см, прорастающее брыжейку, стенку кишки на обе стороны, вызывая частичную обтурационную кишечную непроходимость. В связи с вышеизложенным, вылущить опухоль не представлялось возможным, больному показана резекция кишки с опухолью. Книзу от опухоли в области брыжейки имелся лимфостаз с увеличенными лимфоузлами, до 1,5-2 см в диаметре. Выполнена мобилизация брыжейки кишки с увеличенными лимфоузлами, после чего произведена резекция участка подвздошной кишки с опухолью, длиной до 18 см. Наложена анастомоз двухрядными швами “конец в конец”. Окно в брыжейке ушито. Анастомоз проходим, герметичен. Туалет брюшной полости. Контроль на гемостаз – кровотечения нет. Операционная рана послойно ушита наглухо. Туалет. Асептическая повязка.

Макропрепарат: участок резецированной кишки длиной до 18 см с опухолью, которая прорастала стенки кишечника, белесовато-желтого цвета, тестоватой консистенции, размерами 9×7 см. Опухоль полициклическая, тонкостенная, с наличием в отдельных участках кист, заполненных лимфой. Диагноз после операции: лимфангиома (мезенхимом?) брыжейки подвздошной кишки. Частичная обтурационная кишечная непроходимость.

Гистологическое заключение (№ 2155-64): кистозная лимфангиома, местами – лимфангиома с прорастанием в мышечный слой тонкой кишки. В лимфоузлах – гиперплазия лимфоидной ткани. Пациент получил инфузионную, антибактериальную терапию. По-

слеоперационный период протекал гладко. Швы сняты, рана зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии ребенок 08.04.2010 г. выписан домой. Осмотрен через 2, 6 месяцев. Жалоб не предъявляет. Клинически и сонографически данных в пользу рецидива опухоли нет. Здоров.

Из 15 больных с лимфангиомой брыжейки кишечника резекция кишки с опухолью выполнена у 7 детей. Энуклеация произведена шести пациентам. В двух случаях, когда опухоль прорастала в корень брыжейки и забрюшинное пространство, выполнено частичное удаление лимфангиомы и дренирование забрюшинного пространства. Осложнений и летальных исходов отмечено не было.

Выводы

1. Лимфангиомы брыжейки кишечника у детей составляют 31,9% среди всех лимфангиом внутренних органов.

2. По клиническому течению лимфангиомы брыжейки кишечника можно выделить три группы: с увеличенным животом и пальпируемой опухолью в брюшной полости, с картиной “острого живота” и бессимптомным течением. В диагностике заболевания важное значение имеют УЗИ, СКТ и лапароскопия.

3. Объем хирургического вмешательства зависит от размеров и локализации лимфангиомы, ее взаимоотношения с кишечной трубкой и мезентериальными сосудами.

ЛІМФАНГІОМИ БРИЖІ КИШКОВИКА У ДІТЕЙ

*В.К. Литовка, В.М. Грона, І.П. Журило,
С.В. Веселый, Г.О. Сопов, К.В. Латшишов,
А.Ю. Гунькін, Т. Ю. Моїсєєва*

Лімфангіоми складають 10% усіх доброякісних новоутворень в онкопедіатрії. У клініці лікувалося 622 дитини у віці від одного місяця до шістнадцяти років з лімфангіомами різної локалізації. Лімфангіоми органів черевної порожнини мали місце у 47 (7,6%) хворих. Серед вісцеральних лімфангіом у 15 (31,9%) пацієнтів спостерігалися лімфангіоми кишковика і його брижі. В усіх 15 дітей з ураженням брижі кишковика було виконано радикальні операції. Об'єм хірургічного втручання залежить від розмірів і локалізації лімфангіоми, її взаємовідношення з кишковою трубкою і мезентеріальними судинами. Післяопераційних ускладнень відмічено не було.

Ключові слова: лімфангіома, брижа кишковика, діти.

LYMPHANGIOMAS MESENTERY BOWEL IN CHILDREN

V.K. Litovka, V.N. Grona, I.P. Zhurilo, S.V. Veseliy, G.A. Sopov, K.V. Lатышов, A.U. Gunkin, T.Y. Moiseeva

Lymphangiomas make up 10% among all benign tumors in pediatric oncology. 622 children in age from one month to sixteen years with lymphangiomas various localization were treated in hospital. Lymphangiomas of organs abdominal cavity took place in 47 (7.6%) patients. Among visceral lymphangiomas in 15 (31.9%) patients were observed lymphangiomas of intestine and its mesentery. All 15 children with lymphangioma bowel and mesentery have been executed radical operations. The surgical intervention volume depends on the sizes and localization of lymphangioma, its mutual relation with an intestinal tube and mesenteries vessels. Postoperative complications had not been noted.

Key words: lymphangioma, mesentery bowel, children.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия / К.У. Ашкрафт, Г.М. Холдер. – СПб.: ООО “Раритет-М”, 1999. – 400 с.
2. Грона В.Н. Опухоли и опухолеподобные образования у детей. / В.Н. Грона, В.К. Литовка, И.П. Журило, К.В. Латышов – Донецк: Норд Прес, 2010. – 364 с.
3. Журило И.П. Опухоли и опухолеподобные образования брюшной полости и забрюшинного пространства у детей. / И.П. Журило, В.К. Литовка, В.П. Кононченко, В.З. Москаленко – Донецк: Донеччина, 1997. – 152 с.
4. Коледов С.А. Случай ультразвуковой диагностики многокамерной лимфангиомы брыжейки толстой кишки / С.А. Коледов, Г.И. Байкин, М.Я. Исаков // Ультразвуковая диагностика. – 1999. – № 3. – С. 8-9.
5. Лапароскопическая диагностика острых процессов брюшной полости у детей / В.К. Литовка, В.З. Москаленко, В.Н. Грона и др. // Симпозиум “Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии”. – М., 1994. – С. 49.
6. Кишечная непроходимость, обусловленная неопластическими процессами у детей / В.К. Литовка, И.П. Журило, В.Н. Грона и др. // Хірургія дитячого віку. – 2004. – № 4. – С. 27-30.
7. О лимфангиомах у детей / В.К. Литовка, И.П. Журило, К.В. Латышов и др. // Педиатрия на пороге третьего тысячелетия: Сб. науч. тр. – Донецк: Норд Компьютер, 2007 – С. 140-142.
8. Приходченко В.В. Лимфангиомы у детей. / В.В. Приходченко. – Автореф. канд. дис. – Л., 1986. – 20 с.
9. Intra abdominal and retroperitoneal lymphangiomas in pediatric and adult patients. / В.К. Coh, Y.M. Tan, H.S. Ogn et al. // World J. Surg. – 2005. – Vol. 29, № 7. – P. 873-840.
10. Day W. A small bowel lymphangioma presenting as a volvulus / W. Day, D.M. Kan // Hong Kong Med. J. – 2010. – Vol. 16, № 3. – P. 233-234.

Стаття надійшла 04.03.2011