

<https://doi.org/10.30946/2219-4061-2019-9-3-94-98>



Лапароскопия в лечении ребенка с гигантской псевдокистой большого сальника

Разин М.П.¹, Кулаева А.С.¹, Лапшин В.И.², Батуров М.А.¹

¹ Кировский государственный медицинский университет; ул. К. Маркса, д. 112, г. Киров, Россия, 610998

² Кировская областная детская клиническая больница; ул. Менделеева, д. 16, г. Киров, Россия, 610050

Резюме

Введение. Кисты большого сальника у детей – редкая патология, встречающаяся с частотой 1:23000, диагностируются в большинстве наблюдений при ультразвуковом исследовании и компьютерной томография брюшной полости. Но в отдельных случаях орган, из которого исходит киста, визуальными неинвазивными методами установить не удастся. **Цель.** В данной работе представлено клиническое наблюдение хирургического лечения пациентки 7 лет с псевдокистой сальника больших размеров. **Материалы и методы.** Пациентка предъявляла жалобы на периодические боли в животе и увеличение живота в размере. Диагноз был поставлен после проведения ультразвукового исследования брюшной полости, когда было выявлено гигантское жидкостное образование в 200×180×220 мм. Последующие МРТ и КТ брюшной полости также определили кистозное образование, предположительно цистаденому левого яичника. Была выполнена лапароскопия, при которой обнаружено, что кистозное образование, занимает всю брюшную полость. Произведена пункция и аспирация 2, 7 л серозно-геморрагической жидкости, после чего выявлено, что образование исходит из большого сальника. Большой сальник резецирован в пределах здоровых тканей по границе мезоколон и оболочки кисты удалены через отдельный разрез. **Выводы.** В диагностике кистозных образований брюшной полости больших размеров окончательный диагноз органного происхождения иногда возможно установить только в ходе лапароскопии, при которой удается провести эндохирургическое лечение (при наличии соответствующей техники и подготовленных специалистов).

Ключевые слова: киста большого сальника, лапароскопия, дети

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Разин М.П., Кулаева А.С., Лапшин В.И., Батуров М.А. Лапароскопия в лечении ребенка с гигантской псевдокистой большого сальника. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2019;9(3):94–98. <https://doi.org/10.30946/2219-4061-2019-9-3-94-98>

Laparoscopy in the management of a child with giant pseudocyst of the greater omentum

Maxim P. Razin¹, Alena S. Kulaeva¹, Vitaliy I. Lapshin², Maxim A. Baturov¹

¹ Kirov State Medical University; K. Marks St., 112, Kirov, Russia, 610998

² Kirov Regional Children's Clinical Hospital; Mendeleev Str., 16, Kirov, Russia, 610050

Abstract

Introduction. Greater omentum cysts found in children belong to a rare pathology occurring as frequent as 1:23000. During the majority of observations, they are diagnosed during an ultrasound examination and abdominal computed tomography. However, in some cases it is impossible to restore an organ from which a

cyst can originate using visual non-invasive methods. **Purpose.** This paper presents a clinical case of surgical treatment of a 7-year-old child with giant pseudocyst of the greater omentum. **Materials and methods.** The patient complained of periodic pains in the abdomen and increased abdominal size. The diagnosis was made following an abdominal ultrasound examination when a giant liquid formation (200×180×220 mm) was found. Subsequent MRI and CT tests of the abdomen gave a view of a cystic formation which was allegedly a cystadenoma of the left ovary. A cystic formation occupying the entire abdominal cavity was detected during a laparoscopy. Puncture and aspiration of 2.7 L of serous and hemorrhagic liquid were performed. It was found out that the formation originated from the greater omentum. The greater omentum was resected within healthy tissues along the mesocolonic border and cystic membranes were removed via a separate incision. **Conclusion.** When diagnosing large cystic abdominal formations, a final diagnosis of organ origin can sometimes be established during laparoscopy only when endosurgical treatment could be done (in the presence of a respective technique and educated specialists).

Key words: *cyst of the greater omentum, laparoscopy, children*

Conflict of interest: The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

For citation: Maxim P. Razin, Alena S. Kulaeva, Vitaliy I. Lapshin, Maxim A. Baturov Laparoscopy in the management of a child with giant pseudocyst of the greater omentum. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2019;9(3):94–98, <https://doi.org/10.30946/2219-4061-2019-9-3-94-98>

К экстрагенитальным новообразованиям, симулирующим опухоли внутренних гениталий и поэтому требующим дифференциальной диагностики, относят кисты большого сальника и брыжейки [1]. В сальнике могут обнаруживаться доброкачественные и злокачественные опухоли, но чаще встречаются доброкачественные образования: кистомы, фибромы, липомы. Истинные кисты большого сальника выстланы слоем эндотелия, свойственного кистозным лимфангиомам [2]. Причина их возникновения – закупорка лимфатических протоков или разрастание отщепившегося зачатка лимфатической ткани, не связанной с лимфатической системой. Стенка кисты тонкая, содержимое прозрачное. Дермоидные кисты выстланы сквамозным эпителием и могут состоять из зачатков волос, зубов и жирового содержимого. Ложные кисты большого сальника могут быть результатом травмы с образованием гематомы. Кисты встречаются в любом возрасте, их объем может быть различен – от 1 мл до 1 л и более [3, 4]. Клиническая картина зависит от размеров кисты (вздутие живота, чувство тяжести и дискомфорта при очень больших образованиях). Большие кисты могут выявляться при пальпации, особенно у пациентов с дефицитом массы тела. Осложненное течение кисты в виде перфорации, нагноения, проявляется

клиникой перитонита либо абсцесса брюшной полости. В диагностике значительную помощь оказывают ультразвуковое исследование и компьютерная томография брюшной полости, при этом визуализируется жидкостное образование, иногда содержащее перегородки [5].

В данной работе представлено собственное клиническое наблюдение хирургического лечения пациентки с псевдокистой больших размеров, локализовавшейся в большом сальнике, с использованием лапароскопической технологии.

Больная Б., 7 лет, поступила в хирургическое отделение Областной детской клинической больницы г. Кирова 04.04.2019 г. в плановом порядке по направлению педиатра центральной районной больницы одного из районов Кировской области с диагнозом «гигантское кистозное образование малого таза». Пациентка предъявляла жалобы на периодические боли в животе и увеличение живота в размере. Диагноз был поставлен после проведения ультразвукового исследования 02.04.2019 г., когда было выявлено гигантское кистозное образование в брюшной полости.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное. Масса тела 23 кг. Температура тела в норме. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Дыхание в легких везикулярное, проводится во всех отделах легких, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 25 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 101 в минуту. Патологические шумы при аускультации сердца не выслушиваются. Живот увеличен в размере, в большей степени над лоном, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Над лоном пальпируется напряженное безболезненное мягкоэластическое образование 5х6 см. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Аллергологический анамнез спокоен. Вакцинация проводилась согласно календарю. Травм, операций, гемотрансфузий в анамнезе не было. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Общий анализ крови от 05.04.2019 г.: лейкоциты $4,88 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,87 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 114 г/л, гематокрит 37,8%, средний объем эритроцита 77,6 фл., среднее содержание гемоглобина в эритроците 23,4 пг/мл, тромбоциты 513×10^9 /л. Биохимический анализ крови от 05.04.2019 г.: АЛТ 13,3 Ед/л, АСТ 23,6, Ед/л, ЛДГ 181 Ед/л, общий билирубин 7,2 мкмоль/л, альбумин 42,2 г/л, фибриноген 382 мг/дл, холестерин 4,5 ммоль/л, креатинин 42 мкмоль/л, общий белок 72,2 г/л, мочевина 4,8 ммоль/л. Исследование уровня α -фетопротеина в сыворотке крови от 05.04.2019 г.: 0,605 нг/мл. Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови от 05.04.2019 г.: 0,1 мЕд/мл. Общий анализ мочи – без патологии. Определение α -амилазы в моче – 652,2 Ед/л.

Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное от 05.04.2019 г.: матка 28х45х18 мм (с шейкой); эндометрий 1,5 мм, гиперэхогенный; правый яичник виден нечетко, 32х16х18 мм, $V=4,6 \text{ см}^3$ с фолликулами до 3 мм; в проекции левого яичника визуализируется анэхогенное аваскулярное жидкостное образование с четкими ровными контурами с тонкой капсулой с густым содержимым внутри размерами 200*180*220 мм (точные размеры не удалось определить ввиду больших размеров образования).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) от 05.04.2019 г.: в брюшной полости визуализируется объемное анэхогенное аваскулярное жидкостное образование, предположительно – левого яичника, с чет-

кими ровными контурами с густым содержимым внутри, с перегородочной структурой на периферии, размерами 200х180х220 мм, смещающее органы брюшной полости, в том числе и петли кишечника, значительно влево; гепатомегалия; легкие диффузные изменения печени; минимальный выпот в брюшной полости. Заключение: цистоденома левого яичника.

Консультация врача акушера-гинеколога: половая формула по Tanner Ma1 Ax1 P1 Me0; живот значительно увеличен в размерах за счет объемного образования в нижних отделах (больше слева) до 20 см в диаметре, с ровными четкими контурами, мягко-эластической консистенции, безболезненный; паховые лимфатические узлы не изменены; наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу; слизистая вульвы чистая, физиологической окраски; наружное отверстие уретры расположено типично, без особенностей; выделения светлые, слизистые, умеренные; рег рестум: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, отклонена кзади за счет объемного образования, данное образование ограничено смещаемо, придатки с обеих сторон не определяются, осмотр безболезненный.

Выполнена МРТ брюшной полости и малого таза от 08.04.2019 г.: большое кистозное объемное образование в полости малого таза и в брюшной полости срединно и справа, с пристеночным мягкотканым участком в его тазовой части; по проведенному исследованию органную принадлежность образования установить не удалось; небольшой асцит. Выполнена КТ брюшной полости 10.04.2019 г.: кистозное образование, предположительно цистоденома левого яичника.

Пациентка прооперирована в плановом порядке 11.04.2019 г. Под эндотрахеальным наркозом после инсуффляции гелия в брюшную полость введены 3 троакара. Визуализировано кистозное образование, которое занимает всю брюшную полость. Произведена пункция и аспирация содержимого кисты, получено 2700 мл серозно-геморрагической жидкости (11,8% от массы тела ребенка). Выявленное образование представляет собой псевдокисту большого сальника. Большой сальник резецирован в пределах здоровых тканей по границе мезоколон. Образование удалено через отдельный разрез над лоном. Контроль гемостаза. Дренаживание брюш-

ной полости. Десуффляция. Швы на раны. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При УЗИ органов брюшной полости от 16.04.2019 г. патологии не выявлено. На шестой день после операции ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Патоморфологическое исследование биопсийного материала: отёчная фиброзно-жировая ткань с большим количеством полнокровных сосудов с пролиферирующим эндотелием и очаговой, преимущественно периваскулярной, лимфоидной инфильтрацией; крупный очаг некроза с единичными гигантскими многоядерными клетками по периферии; второй очаг некроза окружен большим количеством гигантских многоядерных клеток типа «инородных тел», расположенных в отёчной соединительной ткани с умеренной лейкоцитарной инфильтрацией; стенка кисты без эпителиальной выстилки.

Литература/ References

1. Кочуков В.П., Ложкевич А.А., Островерхова Е.Г., Попова И.Э., Лозоватор А.Л., Бунин И.В. Киста большого сальника. *Трудный пациент*. 2012;10(1):34–35
Kochukov V.P., Lozhkevich A.A., Ostroverkhova E.G., Popova I.E., Lovator A.L., Bunin I.V. Cyst of a large omentum. *Difficult patient*. 2012;10(1):34–5 (in Russian)
2. Москаленко В.З., Журило И.П., Литовка В.К. *Редкие случаи в практике детского хирурга*. Донецк: «Донеччина», 2004; 162 с.
Moskalenko V.Z., Zhurilo I.P., Litovka V.K. *Rare cases in practice child surgeon*. Donetsk: «Donechchyna», 2004; 162 p. (in Russian)
3. Поддубный И.В., Трунов В.О. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей. *Детская хирургия*. 2002;(5):42–44
Poddubny I.V., Trunov V.O. Diagnosis and treatment of diseases a large omentum in children. *Pediatric surgery*. 2002;(5): 42–4 (in Russian)
4. Horichi T., Shimomatsuya T. Laparoscopic excision of an omental cyst. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.* 1999;9(5):411–3. DOI: 10.1089/lap.1999.9.411
5. Савчук М.О., Савчук О.Б. Врожденные кисты сальника у детей. *Детская хирургия*. 2007;(2):50–51
Savchuk M.O., Savchuk O.B. Congenital cuffs of the epiploon in children. *Children's surgery*. 2007;(2):50–1 (in Russian)
6. Al-Saied G., Mahfouz M., Al-Samahy O., Ayob M., Abdulrazek M., Alnofei Z., et al. Variable Presentations of Mesenteric and Omental Cysts in Infancy and Childhood: Long-Term Follow-Up. *Clin Surg*. 2017;(2):1725 <http://www.clinicsinsurgery.com/full-text/cis-v2-id1725.php>
7. Pampal A, Yagmurlu A. Successful laparoscopic removal of mesenteric and omental cysts in toddlers: 3 cases with a literature review. *J Pediatr Surg*. 2012;(47):5–8. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2012.03.080
8. Аксельров М.А., Абушкин И.А., Емельянова В.А., Разин М.П., Смирнов А.В., Щукина А.Ю. Киста большого сальника у ребенка. *Медицинское образование сегодня*. 2018;2(2):6–10
Aksel'rov M.A., Abushkin I.A., Emel'yanova V.A., Razin M.P., Smirnov A.V., Shchukina A. Yu. Cyst of the greater omentum in a child. *Medicinskoe obrazovanie segodnya*. 2018;2(2):6–10 (in Russian)

Сведения об авторах:**Information about authors:****РАЗИН Максим Петрович**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии, Кировский государственный медицинский университет; г. Киров, Россия; ORCID: ID0000-0003-3561-3256

Maxim P. RAZIN

Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery, Kirov State Medical University; Kirov, Russia; ORCID: ID0000-0003-3561-3256

КУЛАЕВА Алена Сергеевна

Аспирант кафедры детской хирургии, Кировский государственный медицинский университет; г. Киров, Россия

Alena S. KULAEVA

Post-graduate student of the Department of Pediatric Surgery of Kirov State Medical University; Kirov, Russia

ЛАПШИН Виталий Иванович

Ординатор хирургического отделения, Кировская областная детская клиническая больница; г. Киров, Россия; ORCID: ID0000-0002-9027-3242

Vitaliy I. LAPSHIN

Resident of the surgical department Kirov Regional Children's Clinical Hospital; Kirov, Russia; ORCID: ID0000-0002-9027-3242

БАТУРОВ Максим Александрович

Ассистент кафедры детской хирургии, Кировский государственный медицинский университет; г. Киров, Россия; ORCID: ID0000-0002-9136-2909

Maxim A. BATUROV

Assistant of professor of the Department of Pediatric Surgery of the Kirov State Medical University; Kirov, Russia; ORCID ID0000-0002-9136-2909

Контакты:

Разин Максим Петрович, ул. К. Маркса, д. 112, г. Киров, Россия, 610998; Тел.: (8332) 51-26-79, E-mail: mprazin@yandex.ru

Contacts:

Razin Maxim Petrovich, K. Marks Str., 112, Kirov, Russia, 610998, phone: (8332) 51-26-79, E-mail: mprazin@yandex.ru

Статья получена: 13.06.2019
Принята к печати: 06.12.2019

Received: 13.06.2019
Adopted for publication: 06.12.2019