

Батаев С.М., Афаунов М.В., Игнатъев Р.О., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Богданов А.М., Молотов Р.С., Лудикова М.Ю., Олейникова Я.В., Смирнова С.Е.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛИМФАНГИОМАМИ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России;
Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы

Bataev S.M., Afaunov M.V., Ignatyev R.O., Zurbaev N.T., Fedorov A.K., Bogdanov A.M., Molotov R.S., Ludikova M.Yu., Oleynikova Ya.V., Smirnova S.E.

ENDOCHIRURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH LYMPHANGOMAS OF RARE LOCALIZATION

Research institute of pediatric surgery of Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU); Moscow City Hospital for Children № 9 in the name of G.N. Speranskogo

Резюме

В статье приведены два случая из клинической практики лечения детей с лимфангиомами редкой локализации: мочевого пузыря и сигмовидной кишки. В обоих случаях оперативные вмешательства выполнялись с использованием лапароскопической техники. Хорошие результаты лечения, подтвержденные клиническими данными и инструментальными исследованиями, позволяют с уверенностью говорить о возможности использования малоинвазивной оперативной техники при выполнении радикальных операций у данной категории больных.

Ключевые слова: дети, лимфангиома, лапароскопия

Abstract

The article presents two cases from the clinical practice of treating children with lymphangiomas with rare localization: on bladder and on sigmoid colon. In both cases, surgical interventions were performed using laparoscopic techniques. Good results of treatment with proven clinical outcomes and instrumental studies allow to speak with confidence about the possibility of using minimally invasive surgical techniques when performing radical surgery in these patients.

Key words: children, lymphangioma, laparoscopy

Лимфангиомы – доброкачественные новообразования, относящиеся к дизэмбриоплазиям лимфатических сосудов [1, 2]. Несмотря на то, что описаны лимфангиомы самой разной локализации, наиболее типичными областями поражения (до 95% всех наблюдений) являются мягкие ткани шеи и верхних отделов грудной клетки. Висцеральные формы лимфангиом встречаются существенно реже, поэтому до настоящего времени каждый подобный случай рассматривается как нетипичное наблюдение и представляет особый интерес. Лимфангиомы, по сути, являются доброкачественными новообразованиями, случаи перерождения данного вида опухолей крайне редки [3–6]. Тем не менее они демонстрируют отчетливую склонность к ин-

фильтративному росту и рецидиву после удаления. Хирургическое лечение заключается в максимально полном иссечении лимфангиомы в пределах неизмененных тканей с обязательной дезэпителизацией остаточных участков опухоли [7–9]. Несмотря на то, что примеры хирургического удаления висцеральных лимфангиом регулярно обсуждаются в печати, явной тенденции к переходу на миниинвазивные видеоскопические технологии в лечении таких пациентов пока не просматривается.

Целью данного сообщения является демонстрация эффективности лапароскопической техники в хирургическом лечении детей с лимфангиомами редкой локализации. Приводим два клинических наблюдения, сделанных в течение 2016 г.

Наблюдение 1

Больной П., 3 года, был госпитализирован в клинику с диагнозом «ОРВИ, абдоминальный болевой синдром». При осмотре живот не вздут, правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах. Дополнительные объемные образования не пальпируются. Per rectum: на высоте пальцевого исследования кпереди и слева от кишки определяется объемное образование диаметром до 3,0 см, плотно-эластичной консистенции, безболезненное. УЗИ брюшной полости: слева и кзади от мочевого пузыря визуализируется солидное образование неправильной формы 43×37×20 мм, имеющее перегородки, с тонкой капсулой, кровоток в нем не регистрируется. Цистография патологических изменений со стороны мочевого пузыря не выявила. Путем мультиспиральной компьютерной томографии брюшной полости и таза установлено, что выявленное образование может являться дермоидной кистой (рис. 2). Учитывая относительно небольшие размеры и локализацию образования, принято решение о выполнении лапароскопии. На операции: в полости малого таза слева от мочевого пузыря, прилегая к его боковой и задней стенкам, имеется расположенное ретроперитонеально кистозное образование размерами 5,0×4,0×3,0 см с прозрачным жидкостным содержимым. Диагноз: паравезикальная лимфангиома. Произведено лапароскопическое удаление лимфангиомы, дезэпителизация ложа опухоли достигнута при помощи спрей-коагуляции (рис. 5–6). Гистологическое исследование показало, что удаленная опухоль являлась лимфангиофибромой мочевого пузыря. На 5-е сутки после операции ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой. Контрольная сонография через 6 месяцев не выявила признаков рецидива опухоли.

Наблюдение 2

Больная Ш., 4 года, была госпитализирована в клинику с подозрением на острый аппендицит. При поступлении предъявляла жалобы на боли в животе. При пальпации живота дополнительных объемных образований не обнаружено, симптомы острого аппендицита сомнительны. Per rectum: на высоте пальцевого исследования ближе к лонному сочленению определяется объемное образование диаметром до 6,0 см, плотно-эластичной консистенции, умеренно болезненное. При УЗИ



Рис. 1. Больная Ш., 4 года. УЗИ брюшной полости: над мочевым пузырем визуализируется анэхогенное образование неправильной формы, с ровными контурами, 53×48×52 мм, имеющее перегородки, с тонкой капсулой без кровотока



Рис. 2. Больной П., 3 года. КТ брюшной полости. Заключение: солидное объемное образование малого таза – дермоидная киста

брюшной полости в области верхушки мочевого пузыря выявлено объемное анэхогенное образование неправильной формы, с ровными контурами, размером 53×48×52 мм, имеющее перегородки, с тонкой капсулой, кровоток в нем не регистрировался. Левые придатки матки достоверно не визуализированы (рис. 1). Через сутки после госпитализации

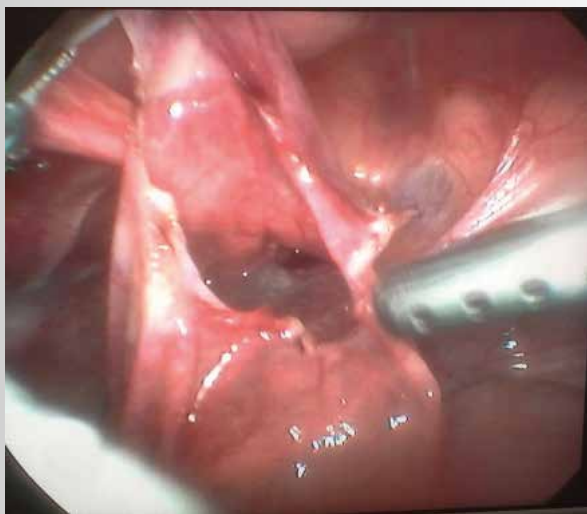


Рис. 3. Больная Ш., 4 года: этап эндоскопического выделения лимфангиомы стенки сигмовидной кишки



Рис. 4. Больная Ш., 4 года: эндоскопическая картина после радикального удаления опухоли

в связи с ухудшением состояния ребенка в виде усиления болей в животе, повышения температуры тела до субфебрильных цифр были сформулированы показания к проведению неотложного оперативного вмешательства – лапароскопии. При ревизии: в области ректо-сигмоидного отдела толстой кишки обнаружено многокамерное кистозное образование размерами 7,0×5,0×4,0 см с прозрачным жидкостным содержимым. Других патологических



Рис. 5. Больной П., 3 года: эндоскопическая картина лимфангиофибромы стенки мочевого пузыря



Рис. 6. Больной П., 3 года: этап эндоскопического удаления лимфангиофибромы стенки мочевого пузыря

изменений не выявлено. Интраоперационный диагноз: лимфангиома толстой кишки. Выполнено лапароскопическое удаление образования с дезэпителизацией ложа плазменным потоком в режиме спрей-коагуляции (рис. 3, 4). Гистологическое исследование препарата показало лимфангиому сигмовидной кишки. Через 5 дней после операции ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Контрольное УЗИ, проведенное через 3 месяца, признаков рецидива опухоли не выявило.

Таким образом, по нашему мнению, лапароскопические операции при висцеральных формах лимфангиом позволяют выполнять малотравматич-

ные радикальные вмешательства, что способствует улучшению результатов лечения данной категории больных.

Обсуждение

Проблему хирургического лечения детей с лимфангиомами нетипичной локализации в целом нельзя считать хорошо изученной. Причина заключается в большой редкости таких наблюдений. К примеру, первое документированное описание мезентериальной лимфангиомы принадлежит Benevise, оно было сделано в 1507 г. К 2002 году в литературе описаны всего 820 случаев лимфангиом брыжейки и забрюшинного пространства, причем большей частью у взрослых [10]. О том, что редкая клиника располагает опытом лечения более 20 больных с таким диагнозом, свидетельствует даже беглый анализ тематических публикаций [1–4, 11–13]. Также следует отметить, что метода, способного составить конкуренцию хирургическому удалению лимфангиом, до сих пор не предложено. Нельзя сказать, что поиск в этом направлении не проводится вовсе. Нам встречались сообщения об успешном применении энергии лазера при поверхностных лимфангиомах [14]. Но, поскольку успех лечения в целом определяется полнотой удаления лимфангиоматозной ткани, данные технологии имеют много ограничений, связанных с объемом опухоли, ее локализацией, наличием осложнений. В известной мере эти ограничения можно отнести и к лапароскопическому удалению висцеральных лимфангиом. Еще 20 лет назад сообщения об успешном использовании миниинвазивных хирургических методов у таких больных были настолько редки, что воспринимались скорее как смелый экспери-

мент. Некоторый прогресс наметился только в начале 2000-х, когда стали появляться отчеты о лапароскопическом удалении мезентериальных кист у отдельных взрослых пациентов, а затем и у детей [10, 15, 16]. Поскольку публикации были редки и разрозненны, при их изучении отмечается некоторая путаница, в частности, относительно того, кого считать пионером данного направления. Так, D. Dequanter в 2002 г. отмечал, что сделанное им сообщение описывает первый случай успешного лапароскопического лечения пациента с лимфангиомой брыжейки тонкой кишки [10]. Однако на 6 лет раньше R. Rosado опубликовал похожее наблюдение [17]. Возможно, был и более ранний опыт, что сейчас представляет скорее исторический, нежели практический интерес. К настоящему времени прогресс, достигнутый в эндоскопии, настолько значителен, что позволяет многим хирургам планировать и осуществлять лапароскопическое удаление даже обширных лимфангиом сложной локализации [3, 7, 16, 18, 19]. Разрабатываются новые приемы проведения таких операций [15]. В частности, при выполнении операций у наших пациентов мы широко использовали ультразвуковую диссекцию тканей для мобилизации и иссечения опухоли. Обработку остаточных участков выполняли с помощью генератора высокотемпературной плазмы, позволяющего добиться радикального уничтожения остаточных фрагментов эпителия лимфангиом. В заключение хочется отметить, что первые результаты миниинвазивных вмешательств, достигнутые нами в этих не самых трудных случаях, дают основание расширить показания к использованию лапароскопии в хирургическом лечении детей с лимфангиомами сложной локализации.

Список литературы

1. Приходченко В.В. Лимфангиомы у детей // Автореферат дисс. канд. мед. наук, 1986.
Prihodchenko V.V. Lymphangioma in children // Abstract of dissertation, 1986. (in Russian)
2. Шароев Т.А., Бурков И.В. и др. Лимфангиомы брыжейки тонкой кишки у детей (обзор литературы и собственные клинические наблюдения) // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Москва. 2012. №2. С. 58–63.
Sharoev T., Burkov I.V., etc. Lymphangioma of the mesentery in children (literature review and own clinical observation) // The Russian Bulletin of pediatric surgery, anesthesiology and reanimatology. Moscow. 2012. No. 2. P. 58–63. (in Russian)
3. Соколов Ю.Ю., Донской Д.В. и др. Хирургические вмешательства у детей с интраабдоминальными лимфангиомами // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014. №1. Том 4. С. 20–24.

- Sokolov J.J., Donskoy D.V.* Surgical intervention in children with intraabdominal lymphangioma // The Russian Bulletin of pediatric surgery, anesthesiology and reanimatology. 2014. №1. Vol. 4. P. 20–24. (in Russian)
4. *Дорvlo Теодор.* Хирургическое лечение лимфангиом у детей (экспериментально-клиническое исследование) // Автореферат дисс. канд. мед наук, 2009.
Dorvlo, Theodore. Surgical treatment of lymphangiomas in children (experimental clinical research) // Abstract of dissertation, 2009. (in Russian)
5. *Bury T.F., Pricolo V.E.* Malignant transformation of benign mesenteric cyst // Am J Gastroenterol. 1994. Nov; 89 (11):2085–7.
6. *Büyükkapu-Bay S., Corapcioğlu F., Gürkan B., Erçin M.C., Anik Y., Karadoğan M.* Mediastinal Hodgkin lymphoma arising from cystic lymphangioma: case report in a child. Division of Pediatric Oncology, Department of Pediatrics, Kocaeli University Faculty of Medicine, Kocaeli, Turkey // Turk J Pediatr. 2012. May-Jun;54 (3):298–300.
7. *Арганхаева Л.В., Стальмахович В.Н. и др.* Первый опыт эндоскопического удаления обширных забрюшинных лимфангиом у детей // Сибирский медицинский журнал. Иркутск. 2015. №4. С. 98–100.
Arganaeva L.V., Stalmachowich V.N., etc. The First experience of endoscopic removal of extensive retroperitoneal lymphangiomas in children // Siberian medical journal. Irkutsk. 2015. No. 4. S. 98–100. (in Russian)
8. *Day W., Kan D.M.* A small bowel lymphangioma presenting as a volvulus // Hong Kong Med.J. 2010. Vol. 16. №3. P. 2.
9. *Roberto Méndez-Gallart, Alfonso Solar-Boga.* Giant mesenteric cystic lymphangioma in an infant presenting with acute bowel obstruction // Can. J Surg. Vol. 52. No. 3, June 2009. E. 42–43.
10. *Dequanter D., Lefebvre J.C., Belda P., Takieddine M., Vaneukem P.* Mesenteric cysts. A case treated by laparoscopy and a review of the literature. Department of Digestive Surgery, CHU de Charleroi, Building Zoé Drion, 1, 6000 Charleroi, Belgium. didier.dequanter@wanadoo.be // Surg Endosc. 2002. Oct;16 (10):1493. Epub 2002 Jul 29.
11. *De Perrot M., Rostan O., Morel P., Le Coultre C.* Abdominal lymphangioma in adults and children. Department of Surgery, University Hospital of Geneva, Switzerland // Br J Surg. 1998. Mar;85 (3):395–7.
12. *Hebra A., Brown M.F., McGeehin K.M., Ross A.J.* 3rd. Mesenteric, omental, and retroperitoneal cysts in children: a clinical study of 22 cases // South Med J. 1993. Feb;86 (2):173–6.
13. *Tan J.J., Tan K.K., Chew S.P.* Mesenteric cysts: an institution experience over 14 years and review of literature // World J Surg. 2009. Sep;33 (9):1961–5. doi: 10.1007/s00268-009-0133-0.
14. *Ключарева С.В., Нечаева О.С., Белова Е.А., Гусева С.Н., Хаббус А.Г., Пономарев И.В.* Лечение лимфангиом лазером на парах меди // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2016. Т. 19. №6. С. 365–369.
Klyuchareva S.V., Nechaeva O.S., Belova E.A., Guseva S.N., Habbous A.G., Ponomarev V.I. The Treatment of lymphangiomas with the copper vapor laser // Russian journal of skin and venereal diseases. 2016. Vol. 19. No. 6. P. 365–369. (in Russian)
15. *Morrison C.P., Wemyss-Holden S.A., Maddern G.J.* A novel technique for the laparoscopic resection of mesenteric cysts // Surg Endosc. 2002. Jan;16 (1):219. Epub 2001 Oct 13.
16. *De Lagausie P., Bonnard A., Berrebi D. et al.* Abdominal lymphangiomas in children: interest of the laparoscopic approach // Surgical Endoscopy. 2007. Vol. 21. P. 1153–1157.
17. *Rosado R., Flores B., Medina P., Ramirez D., Silic J.* Laparoscopic resection of a mesenteric cyst: presentation of a new case // J Laparoendosc Surg. 1996. Oct;6 (5):353–5.
18. *Singh R., Govindarajan K., Bowen C., Chandran H.* Retroperitoneal cystic lymphangioma: a rare presentation in childhood, treated laparoscopically // J. Laparoend. Adv. Surg. Techn. 2009. Vol. 19. No. 2. P. 249–251.
19. *Tran Son, Nguyen Liem.* Laparoscopic management of abdominal lymphatic cyst in children // J. Laparoend. Adv. Surg. Techn. 2012. Vol. 22. №5. P. 505–507.

Авторы

БАТАЕВ Саидхасан Магомедович	Доктор медицинских наук, зав. отделением торакальной и абдоминальной хирургии НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва. E-mail: khassan-2@yandex.ru. 123317, Москва, Шмитовский проезд, 29
АФАУНОВ Мурат Владимирович	Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения торакальной и абдоминальной хирургии НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва
ИГНАТЬЕВ Роман Олегович	Доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения урологии НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва
ЗУРБАЕВ Нодари Темурович	Доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения торакальной и абдоминальной хирургии НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва. Зав. 5-го хирургического отделения ГБОУ Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы
ФЕДОРОВ Александр Кириллович	Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения торакальной и абдоминальной хирургии НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва
БОГДАНОВ Александр Михайлович	Врач-хирург 5-го хирургического отделения ГБОУ Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы
МОЛОТОВ Руслан Сергеевич	Аспирант НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва
ЛУДИКОВА Мария Юрьевна	Врач ультразвуковой диагностики ГБОУ Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы
ОЛЕЙНИКОВА Яна Валерьевна	Врач-анестезиолог ГБОУ Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы
СМИРНОВА Евгения Егоровна	Врач-анестезиолог ГБОУ Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы