

## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМИ КИСТОЗНЫМИ ЛИМФАНГИОМАМИ

*Глуткин А.В.<sup>1</sup>, Хартанович В.В.<sup>2</sup>, Бык К.С.<sup>2</sup>, Шульга Е.Р.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,*

*<sup>2</sup>УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,  
Гродно, Беларусь*

**Введение.** Мезентериальная кистозная лимфангиома – это доброкачественная опухоль, обусловленная аномальным формированием лимфатической системы поражающая желудочно-кишечный тракт, у детей встречается достаточно редко. Клиническая картина при лимфангиомах брыжейки полиморфна и зависит от размера, локализации и количества лимфатических кист, взаимоотношения с кишкой и смежными органами, характера присоединившихся осложнений [Shater W. et al., 2022]. Данная патология обычно проявляется клиникой острой кишечной непроходимости и диагностировать образование до появления клиники практически невозможно. Учитывая редкость лимфангиом брюшной полости и трудности дифференциальной диагностики данной патологии, каждый новый случай представляет собой большой практический интерес [Sosnowska-Sienkiewicz P. et al., 2021].

**Цель работы** - обобщить наш опыт диагностики и лечения пациентов с мезентериальными кистозными лимфангиомами.

**Материалы и методы.** С 2018 по 2022 год в Гродненской областной детской клинической больнице зарегистрировано два случая мезентериальной лимфангиомы. Дети были переведены с районных центров Гродненской области (Вороновская и Мостовская ЦРБ) с подозрением на низкую кишечную непроходимость. Возраст детей составил 2 года и 5 лет.

**Результаты и их обсуждение.** При первичном обращении в учреждение здравоохранения в обоих случаях отмечались жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, вздутие живота. У ребенка младшего возраста (2 года) до появления клиники непроходимости отмечались признаки кишечной инфекции (на протяжении 5-ти суток до появления клиники непроходимости – многократная рвота, повышение температуры тела до фебрильных цифр, послабление стула)

При объективном обследовании у ребенка старшего возраста при поступлении справа от пупка пальпировалось образование мягкоэластической консистенции 20х8 см, малоблезненное, а у ребенка 2-х лет определялось лишь резкое вздутие живота и болезненность во всех отделах. Патологические образования в брюшной полости пальпаторно не достигались.

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости у первого ребенка (2 года): перистальтика единичная маятникообразная, петли резко расширены, с жидкостным компонентом. УЗ-признаки кишечной непроходимости. У 2-ого ребенка (5 лет) – перистальтика единичная

маятникообразная, петли резко расширены, с жидкостным компонентом. В малом тазу – двухкамерная киста.

По данным рентгенография при поступлении в обоих случаях определялись горизонтальные уровни жидкости.

Всем детям проводилось экстренное оперативное лечение и начиналось с выполнения диагностической лапароскопии. У младшего ребенка при ревизии выявлены расширенные петли тонкой кишки. В правой половине живота визуализировалось образование до 15 см. в диаметре белесоватого цвета. У ребенка 5 лет в средней трети подвздошной кишки имелось образование белесоватого цвета, окутывающее подвздошную кишку, представляющее собой 3-хкамерное кистозное образование 20х10 см.

В обоих случаях была показана и выполнена конверсия.

Ребенку 2-х лет выполнена нижне-срединная лапаротомия. В операционную рану эвентрирован конгломерат, состоящий из участка терминального отдела подвздошной кишки с интимно прилежащим образованием до 15 см. в диаметре белесоватого цвета мягко-эластической консистенции, расположенным на расстоянии 25-30см. от илеоцекального угла, преимущественно в толще брыжейки тонкой кишки. Образование сдавливает просвет подвздошной кишки, вышележащий отдел расширен до 5-6 см. в диаметре, нижележащий диаметром до 2-2,5 см. Выполнена резекция образования в пределах здоровых тканей с плотно прилежающим участком подвздошной кишки, наложен илео-илеоанастомоз «конец в конец» двухрядным швом. Выполнена симультивная аппендэктомия.

Ребенку 5 лет выполнена трансректальная лапаротомия. В рану эвентрировано кистозное образование белесоватого цвета. Последнее расположено на расстоянии 2 метра от илеоцекального угла, 3-хкамерное, белесоватого цвета размерами 20х10см, с жидкостным содержимым, окутывающее кишку и перелавливающее её просвет. Произведена пункция кисты, получено около 500 мл белой жидкости. Произведена резекция участка кишки, несущего образование. Наложен прямой энтеро-энтероанастомоз по типу «конец- в конец». При биохимическом анализе жидкости содержащейся в кистозном образовании, показывает обилие содержания лимфоцитов. Послеоперационный период протекал у обоих детей без особенностей. Дети выписаны на 10-е сутки домой в удовлетворительном состоянии.

Несмотря на то, что мезентериальная лимфангиома является доброкачественным заболеванием, ее следует лечить хирургическим путем, чтобы избежать увеличения её в размере, которое может фатально сдавливать соседние органы, нарушая их функцию и приводить к осложнениям, таким как кишечная непроходимость, а в последующем и некрозу кишечника. Наш подход в обоих случаях показал своевременную диагностику и эффективное хирургическое лечение, что положительно отразилось на послеоперационном течении.

**Выводы.**

1. Диагностика больших по объёму лимфангиом брюшной полости, исходящих из брыжейки тонкой кишки, представляет определенные трудности для детских хирургов и являются чаще операционной находкой.
2. Наиболее часто лимфангиомы брюшной полости проявляются клиникой острой кишечной непроходимости и требуют оперативного лечения.
3. Своевременно выполненное хирургическое лечение приводит к устранению причины и выздоровлению пациента.