

S.A. Chernyadyev – Doctor of Sciences (Medicine), Professor, Head of the Department of Surgical Diseases
A.V. Zhilyakov – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor
*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
vilena.gold@mail.ru

УДК 616.613-007.63

КИСТЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ АНТЕНАТАЛЬНО

Дербушева Евгения Александровна¹, Цап Наталья Александровна^{1,2}, Швалев Федор Михайлович²

¹Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Кистозные образования брюшной полости (КОБП) являются довольно распространенной патологией среди новорожденных, в связи с чем проблема все более привлекает внимание представителей медицинского сообщества. **Цель исследования** – изучить результаты антенатальной диагностики кистозных образований брюшной полости, влияние её на обоснование срочности оперативного вмешательства, показать современные технологии ликвидации кистозных образований у новорожденных и младенцев и исходы хирургического лечения. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации за период с 2020 по 2023 год. В аналитическую выборку включены истории болезни 50 детей с КОБП, выявленных антенатально. **Результаты.** Всем пациентам было проведено оперативное удаление данных образований и коррекция их осложнений (при наличии) в первый год жизни. После лечения все пациенты выписаны домой с выздоровлением. **Выводы.** КОБП у новорожденных могут проявляться развитием жизнеугрожающих состояний, что доказывает эффективность антенатальной диагностики образований, позволяя удалить образование в первые дни жизни ребенка.

Ключевые слова: кисты брюшной полости, новорожденные дети, антенатальная диагностика, лапароскопия.

ABDOMINAL CYSTS DETECTED ANTENATALLY

Derbusheva Evgenia Aleksandrovna¹, Tsap Natalya Alexandrovna^{1,2}, Shvalev Fedor Mikhailovich²

¹Department of Pediatric Surgery

Ural State Medical University

²Regional Children's Clinical Hospital

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Cystic formations of the abdominal cavity (COBP) are a fairly common pathology among newborns, and therefore the problem is increasingly attracting the attention of representatives of the medical community. **The aim of this study** is to study the results of antenatal diagnosis of abdominal cystic formations, its influence on the justification of the urgency of surgical intervention, to show modern technologies for the elimination of cystic formations in newborns and infants and the outcomes of surgical treatment. **Material and methods.** A retrospective analysis of medical records for the period from 2020 to 2023 was carried out. The analytical sample included the medical histories of 50 children with COBP identified antenatally. **Results.** All patients underwent surgical removal of these formations and correction of their complications (if any) in the first year of life. After treatment, all patients were discharged home with recovery. **Conclusion.** COBPS in newborns can manifest themselves by the development of life-threatening conditions, which proves the effectiveness of antenatal diagnosis of formations, allowing the formation to be removed in the first days of a child's life.

Keywords: abdominal cysts, newborn babies, antenatal diagnostics, laparoscopy.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема диагностики и лечения кистозных образований брюшной полости (КОБП) у новорожденных является довольно распространенной и обсуждаемой в современной детской хирургии. Увеличение количества детей с данной патологией отмечено в последние два десятилетия. КОБП у новорожденных могут проявляться развитием жизнеугрожающих состояний, что доказывает необходимость и эффективность более ранней антенатальной неинвазивной диагностики [1].

Одной из основных причин формирования кистозных образований у плода – патологическое течение беременности и высокое содержание хорионического гонадотропина в системе «мать – плод», хронические заболевания матери, вредные привычки родителей, гормональная терапия во время беременности [2].

Как правило кисты диагностируются преимущественно в III триместре беременности при проведении антенатального УЗИ-скрининга. После рождения ребенка первостепенным методом выбора при диагностике является УЗИ брюшной полости и малого таза в связи с наиболее низким влиянием облучения. КТ и МРТ - диагностика в большинстве случаев оказываются неинформативны, и могут использоваться как дополнительный метод исследования [3,4].

Современные методы лечения и ранней диагностики позволяют значительно увеличить процент органосохраняющих операций при кистах яичников.

Показаниями к удалению кисты являются диаметр образования больше 3 см из-за возможности перекрута ножки кисты, отсутствие тенденции к уменьшению размеров образования в течение 1 мес после рождения, а также наличие признаков состоявшегося перекрута ножки кисты (наличие взвеси в полости кисты) [2]. Удаление кист методом лапароскопии – золотой стандарт современной детской хирургии. При кистозных удвоениях предусмотрен вариант радикального удаления образования [5].

Цель исследования – изучить результаты антенатальной диагностики кистозных образований брюшной полости, влияние её на обоснование срочности оперативного вмешательства, показать современные технологии ликвидации кистозных образований у новорожденных и младенцев и исходы хирургического лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации за период с 2020 по 2023 год. В аналитическую выборку включены истории болезни 50 детей с КОБП, которым была выполнена лапароскопическая операция по их удалению.

Кистозные образования были выявлены внутриутробно на разных сроках гестации при проведении УЗИ-скрининга беременных. Во всех случаях беременные женщины с плодом, имеющим аномалию развития органов брюшной полости, прошли этап пренатального консилиума с определением тактики пролонгирования беременности и рождения ребенка в перинатальном центре. Затем новорожденные и младенцы были госпитализированы в отделение хирургии новорожденных. На предоперационном этапе всем детям было проведено комплексное обследование. Распределение оперированных пациентов в зависимости от срока гестации и пола, а также структура патологий, входящих в КОБП представлены в Таблицах 1 и 2. Для анализа полученных данных использовались методы описательной статистики.

Таблица 1

Соотношение оперированных пациентов по сроку гестации и полу

Срок гестации	Девочки, N	Мальчики, N	Итого
20-25 нед.	4	3	7
26-30 нед.	2	0	2
30-35 нед.	33	6	39
36-39 нед.	1	1	2

Таблица 2

Структура патологий, входящих в КОБП

Заболевание	Девочки	Мальчики	Итого (%)
Киста яичника	33	0	33 (66%)
Энтерокисты (кистозное удвоение)	5	7	12(24%)
Кисты паренхиматозных органов (печени)	1	0	1(2%)
Кисты забрюшинного пространства	3	1	4(8%)

Новообразования брюшной полости выявляются антенатально в 90% (45/50) случаев. После рождения диагноз подтверждается результатами УЗИ в 95% (48/50) случаев, что еще

раз доказывает точность и актуальность антенатальной диагностики новообразований брюшной полости.

Установлено, что КОБП чаще выявляются среди девочек на 30-35 неделе гестации (83 %). Практически все данные образования представлены кистами яичников. Среди мальчиков КОБП выявляются в основном также на 30-35 неделе гестации, практически во всех случаях они представлены кистозными удвоения какого-либо участка кишечника (17% всех КОБП). Среди заболеваний из группы КОБП наиболее часто встречаются новообразования яичников (66%), наиболее редко – отдельные кисты паренхиматозных органов, в основном печени и селезенки (2 %).

Всем детям были выполнены следующие методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости и малого таза в динамике, КТ, МРТ органов брюшной полости, гистология удаленных образований.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам лабораторной диагностики отмечалось отсутствие изменений в анализах крови и мочи, что говорит о их низкой информативности при данной патологии.

Основным методом диагностики кистозных образований является УЗИ органов брюшной полости и малого таза до и после операции. По данным сонографии размеры (рис. 1) опухолевидных образований яичников варьировали от 12,5*17*16 до 84*38*70мм. У 2 (6%) новорожденных девочек объемные образования имели размеры от 12 до 30 мм, у 29 (88%) – размеры составили от 31 до 50 мм, у 2 (6%) – свыше 51 мм до 85 мм.

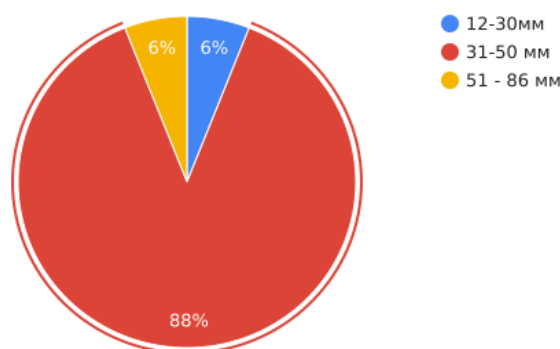


Рис. 1. Вариабельность размеров кистозных образований брюшной полости у новорожденных

Осложнения кист яичников в виде перекрута и некроза придатков, кровоизлияний были выявлены у 16 детей (49%). Осложнений при кистозных удвоениях кишечника на УЗИ-диагностике выявлено не было.

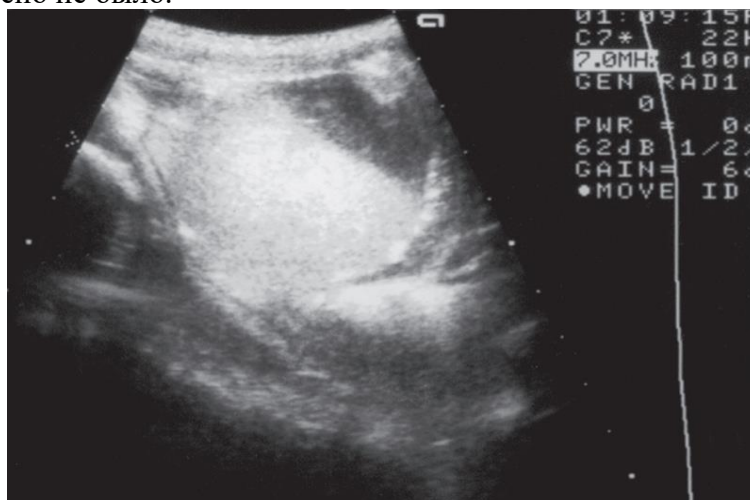


Рис. 2. УЗИ органов малого таза ребенка С., 8 дней фолликулярная киста яичника с жидкостным содержимым

Отмечаются особенности клинических проявлений кист БП: кисты яичников, как правило протекают бессимптомно (100% - 33), а при кистозных удвоениях желудочно-

кишечного тракта признаки кишечной непроходимости были выявлены в первые часы жизни у 5/12 новорожденных (42%).

Всем новорожденным было выполнено оперативное удаление образований лапароскопическим методом. В экстренном порядке выполнена лапароскопия 16 (49%) девочкам в связи с внутриутробным перекрутом и некрозом придатков матки, кровоизлиянием в полость кисты. В отсроченном порядке на 7 ± 3 сутки жизни 12 (36%) ребенка. В 15% (5/33) – на более позднем сроке (1-3 месяца с момента рождения). Органосохранное оперативное вмешательство проведено в 87% случаев.

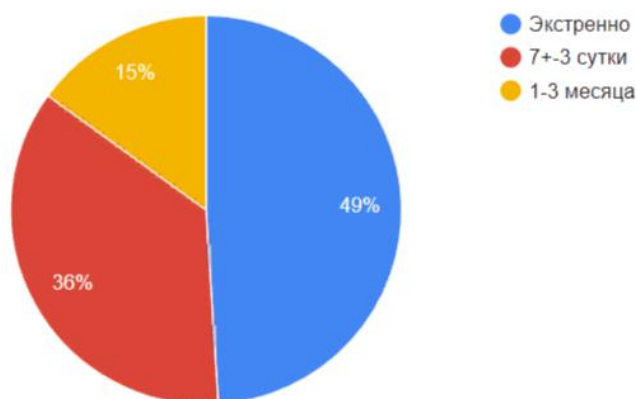


Рис. 3. Сроки оперативного вмешательства при кистозных образованиях брюшной полости у новорожденных и младенцев

Кистозные удвоения кишечника были удалены методом вылушивания ($n=3$; 33%) или резекции патологического участка кишки с формированием межкишечного анастомоза ($n=6$; 67%).

После оперативного удаления кистозных образований яичников было проведено их морфологическое исследование, по результатам которого установлено во всех случаях наличие фолликулярной кисты, не обнаружено дермоидных и злокачественных новообразований. Морфологическая картина кистозных удвоений кишечника во всех случаях не противоречит клиническому диагнозу (простая киста, стенки которой содержат структурные элементы кишки).

Осложнения кист яичников в виде перекрута и некроза придатков, кровоизлияний были выявлены у 16 пациентов (49%). Осложнений при кистозных удвоениях кишечника выявлено не было. После лечения все пациенты выписаны домой с выздоровлением. Летальных исходов и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Все дети на динамическом наблюдении.

ОБСУЖДЕНИЕ

Кистозные образования брюшной полости (КОБП) – гетерогенная по морфологической структуре и локализации группа образований, характеризующаяся многообразием клинической манифестации. В основе объединения патологий в группу КОБП у новорожденных лежит сходство эхографического представления различных нозологических форм, требующих различной тактики ведения, в том числе хирургического лечения в экстренном порядке [1]. В 89,5% случаев КОБП выявлено внутриутробно при УЗ-сканировании на сроках от 22 до 36 недель гестации, причем на сроках 22–28 недель у 57,9% детей. После рождения патология выявлена у 10,5% пациентов. В большинстве случаев среди девочек диагностируются кисты яичников [4].

При УЗ-сканировании киста яичника визуализируется как тонкостенное образование с эхо-однородным или эхо-неоднородным (при внутриутробном перекруте с кровоизлиянием в полость кисты) содержимым, иногда можно проследить связь кисты с маточной трубой и маткой или выявить мелкие фолликулы в стенке кисты или в сохранившейся ткани яичника. КТ и магнитно-резонансное сканирование не всегда вносят ясность в диагноз, но могут быть использованы как дополнительные методы [2].

Специфических постнатальных клинических проявлений у новорожденных с кистой яичника нет, часто она обнаруживается случайно [3]. При больших размерах КОБП можно пальпировать подвижное образование в брюшной полости. Если киста диаметром более 8 см, она может вызывать признаки частичной обструкции кишечника. Другой причиной возникновения клинических симптомов непроходимости является спаечный процесс в полости малого таза, возникающего внутриутробно в результате асептического воспаления вокруг некротизированных оболочек кисты. При постнатальном перекруте кисты яичника первыми клиническими симптомами могут быть беспокойство ребенка и отказ от еды.

Нередко кисты яичников лечат консервативным методом. Около 50% случаев свидетельствуют о саморазрешении кист в первые 3-6 месяцев жизни. Осложнения возникают в 30-40% случаев и являются абсолютным показанием к проведению хирургического вмешательства, также как и сложные кисты, увеличивающиеся в размерах, кисты с клиническими симптомами, сохраняющиеся в возрасте 4-6 месяцев [3]. Сроки оперативного вмешательства зависят от размеров образования и наличия клинических проявлений, оптимальный возраст для планового оперативного вмешательства – 14-28 дней. Если имеются клинические проявления постнатального перекрута или киста имеет большие размеры, вызывая компрессию кишечника, операция выполняется по неотложным показаниям. При отсутствии перекрута выполняют цистэктомию с максимальным сохранением ткани яичника.

При возникновении перекрута следует сделать все возможное для сохранения ткани яичника: раскручивание сосудистой ножки, двухстворчатая техника (раскрытие коры яичников при помощи линейного разреза). В редких случаях овариоэктомия необходима при тяжелом некрозе и макроскопической картине нежизнеспособного яичника [3]. В настоящее время данный вид оперативного вмешательства наиболее целесообразно проводить эндоскопическим способом (98% случаев). Удаление кист данным методом - малотравматичное и эффективное вмешательство, которое выполняется у детей любого возраста и приводит к полному выздоровлению маленького пациента и отсутствию осложнений в послеоперационном периоде [6].

Другой наиболее распространенной патологией среди КОБП является кистозные удвоения сегментов кишечника (энтерокиста, дубликационная киста желудочно-кишечного тракта). Энтерокисты имеют толстую, слоистую стенку, схожую со стенкой кишки, и обладают тенденцией к росту за счет внутренней секреции слизи, особенно после начала кормления ребенка, и нередко являются причиной кишечной непроходимости или странгуляции. В большинстве случаев образования имеют общую с кишкой или желудком стенку и общие питающие сосуды. Сообщение кисты с пищеварительным трактом бывает редко [5].

Такие кисты могут образовываться в любом месте, но наиболее часто (83% (10/12) случаев) возникают на стенке дистального отдела подвздошной кишки, в непосредственной близости к илеоцекальному углу. Кисты обладают малой подвижностью, но могут прогрессивно увеличиваться с ростом ребенка [2].

Наиболее опасны кисты, расположенные далеко от илеоцекального угла, приводящие к развитию заворота. Даже при небольших размерах энтерокист показано оперативное вмешательство, поскольку часто они могут стать причиной острой кишечной непроходимости, связанной либо с заворотом кишечной петли, либо со сдавлением кистой просвета несущей кишки [2].

Клинические проявления кистозных удвоений зависят от размеров образования, его локализации в кишечнике и расположения по отношению к брыжейке несущей петли. В ряде случаев наблюдается бессимптомное течение, но также может наблюдаться ряд осложнений: кровотечение, кишечная непроходимость, заворот, малигнизация, перфорация, панкреатит, внутритазовый абсцесс, аноректальный свищ. Нередко энтерокистомы нагнаиваются, что клинически проявляется картиной местного или общего перитонита.

Вид оперативного вмешательства выбирается в зависимости от расположения кисты и ее взаимоотношения с брыжейкой. Если кистозное удвоение имеет большие размеры и/или

располагается по брыжеечному краю кишечной трубки, то в этом случае бывает необходима резекция участка кишки, несущего удвоение, поскольку при выделении образования велик шанс травматизации сосудов брыжейки, приводящая к нарушению кровоснабжения стенки кишки. Если кистозное удвоение локализуется на боковой стенке или на противобрыжеечном крае кишечной трубки, то выполняют цистэктомию.

Основные этапы и принципы оперативного вмешательства при энтерокистах сводятся к ревизии брюшной полости в целях обнаружения участка кишки с удвоением, удаления оболочек кисты и восстановления проходимости кишечника. При невозможности проведения лапароскопии (большой размер образования) используют лапаротомный доступ.

Новообразования брюшной полости выявляются антенатально в 90% (45/50) случаев. После рождения диагноз подтверждается результатами УЗИ в 95% (48/50) случаев, что еще раз доказывает точность и актуальность антенатальной диагностики новообразований брюшной полости.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее часто антенатально обнаруживаются кисты яичников у девочек, кистозное удвоение какого-либо участка кишечника у мальчиков на 30-35 неделе гестации.

2. Антенатальный УЗ-скрининг обладает высокой чувствительностью и специфичностью по выявлению КОБП в III триместре беременности, что позволяет выполнить пренатальный трансфер в специализированный стационар и своевременно профилактировать жизнеугрожающие состояния новорожденных путем выполнения лапароскопических органосохранных (87%) оперативных вмешательств.

3. Постнатально всем новорожденным было выполнено УЗИ органов БП и малого таза до и после оперативного вмешательства. По показаниям топографо-анатомические особенности кистозных образований уточнялись на КТ и МРТ.

4. Лапароскопическое удаление кистозных образований – золотой стандарт современной детской хирургии. При кистозных удвоениях кишечника предусмотрен вариант радикального удаления образования, в том числе резекция участка кишки.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ультразвуковая диагностика кист брюшной полости у детей / М.И. Пыков, Ю.Ю. Соколов, В.В. Балашов [и др.] // Педиатрия. – 2017. – №1. – С. 68–72.
2. Детская хирургия: национальное руководство / под редакцией А.Ю. Разумовского – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – С. 226-230.
3. Ал-Салем, А.Х. Атлас детской хирургии. Принципы и лечение / А.Х. Ал-Салем – перевод с английского под редакцией А.Ю. Разумовского, М.А. Голованева – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 872 с.
4. Диагностика и лечение опухолевидных образований яичников у новорожденных / М.А. Чундокова, В.Ф. Коколина, Н.В. Голоденко, Д.В. Залихин // Педиатрия. – 2009. – Т.87. №1. – С. 69.
5. Неонатальная хирургия / под редакцией Ю.Ф. Исакова, Н.Н. Володина, А.В. Гераськина – Москва: Династия, 2011. – 680 с.
6. Эндоскопическая хирургия в педиатрии: руководство для врачей / А.Ю. Разумовский, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов [и др.] – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 343-349.

Сведения об авторах

Е.А. Дербушева* – студент педиатрического факультета

Н.А. Цап – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

E.A. Derbusheva* – Student of Pediatric Faculty

N.A. Tsap – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

evgeniyaderbusheva@mail.com

УДК: 616.329-089

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ЛЬЮИСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ПИЩЕВОДА

Кидирниязова Карима Соиновна, Абасова Жала Азад кызы, Шнейдер Владимир Эдуардович
Кафедра госпитальной хирургии

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России