

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова  
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

# Кистозные структуры брюшной полости у детей

З.А. Аханзарипов, А.О. Момынкулов,  
Н.А. Березко

АЛМАТЫ, 2011

## Кистозные структуры могут исходить не только из забрюшинного пространства, но и из внутрибрюшных органов.

- Работа касается анализа редких клинических наблюдений. Дети оперированы в хирургическом отделении Областной клинической больницы и ДГКБ №1 г.Алматы за последние 5 лет.
- В начальной стадии заболевания дети долго лечатся и наблюдаются у педиатров и участковых врачей. Дети поступали с болями в животе (4) и увеличением объема живота (4). Два ребенка поступили с диагнозом эхинококкоз печени.
- Среди госпитализированных больных с болевым синдромом диагностированы посттравматическая киста поджелудочной железы у одного ребенка, у второго – киста общего желчного протока, у третьего - киста сальника.

У детей с увеличением объема живота выявлены дивертикул мочевого пузыря (2), лимфоангиома большого сальника (1) и удвоение тонкой кишки (1).

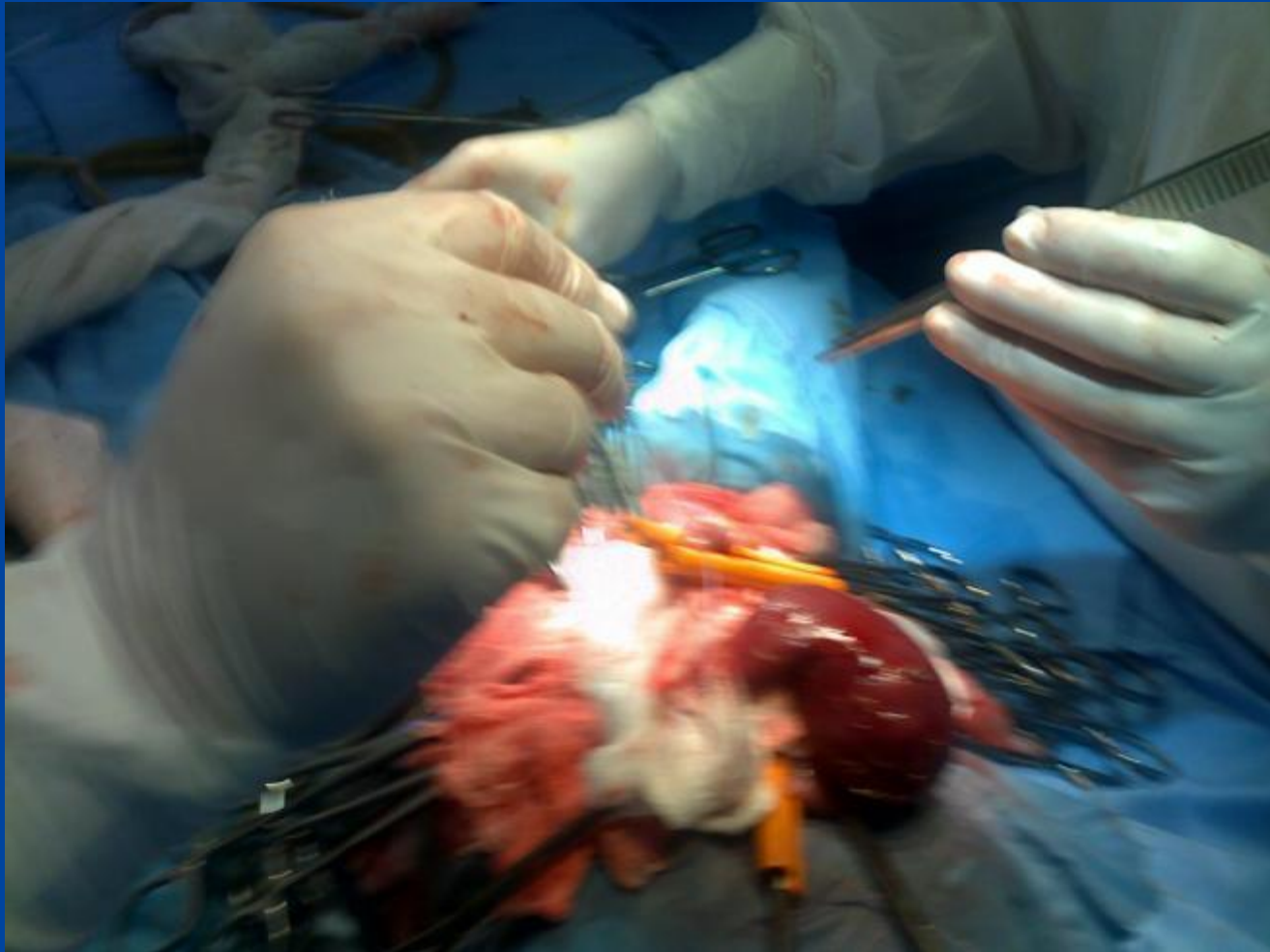
У детей с эхинококкозом во время проведения оперативного вмешательства обнаружена киста общего желчного протока (1) и тератодермоидная киста (1). С целью выяснения синтопии и органного происхождения объемного образования проведены рутинные исследования и УЗИ.

Для уточнения органного происхождения опухоли (кисты) производилось так же компьютерная томография (4). В экстренных случаях была возможность интраоперационной визуализации опухолевого образования.

Интересный случай (история болезни №1-2784, №1-3858) мешкообразного расширения сегмента тонкой кишки (дивертикул Меккеля), что служило причиной хронического нарушения кишечного пассажа, с последующим развитием хронического воспалительного процесса, спайкообразования и болевого синдрома.



# ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ



# МАКРОПРЕПАРАТ





# МАКРОПРЕПАРАТ



# МАКРОПРЕПАРАТ





Мальчик 6 лет (история болезни №8925/06), поступил в хирургическое отделение областной больницы с картиной перитонита и увеличением живота. После УЗИ - исследования и предоперационной подготовки, ребенок взят на операцию.

На операционном столе разлитой гнойный перитонит. Обнаружено кистозное образование, занимающее всю брюшную полость и состоящее из двух самостоятельных камер, связанных с одной из петель тонкой кишки узкими каналами



У детей обнаруживались тератодермоидные образования.

- ▣ Девочка поступила с жалобами на боли и увеличение объема живота. При пальпации живота прощупывалось плотное образование. На операции опухоль исходила из левого яичника и состояла из двух половин, каждая размером 10×10×10 см. Верхняя половина мягкотканая, распадающаяся, нижняя – кистозная. Опухоль удалена вместе с остатком яичника и маточной трубой. При гистологическом исследовании опухоль желточного мешка (эндодермального синуса).
- ▣ Мальчик оперирован по поводу эхинококкоза печени. Киста верифицирована компьютерной томографией. Однако, на операционном столе на нижнебоковой поверхности правой доли печени обнаружена киста размером 7х5 см., при пункции прозрачная жидкость, на дне полости жировое включение. Хитиновой оболочки не оказалось.

Нередко объемные образования, в брюшной полости представляли кисты холедоха. Девочки 2 лет 4 месяцев и 5 лет обратились в клинику, с болями в животе. Ранее лечились по поводу дискинезии желчных путей. При клиническом обследовании (УЗИ и компьютерная томография) установлены кистозная трансформация общего желчного протока (кисты размером 3×4 см). Девочкам выполнена операция по Ру-Герцену. В настоящее время состояние детей удовлетворительное, биохимические параметры (билирубин и его фракции), без особенностей, признаков инфекции нет. Дети находятся под наблюдением уже в течении двух и трех лет.

Интересны случаи обнаружения больших размеров дивертикулов мочевого пузыря.

- Новорожденная девочка в возрасте 8 дней и девочка – 4-х месяцев были госпитализированы в клинику с диагнозом объемные образования брюшной полости (кисты яичника). В обоих случаях кисты не были связаны с половыми органами. Образования исходили из задней поверхности мочевого пузыря, содержимым являлась светлая жидкость.

Интересно отметить, что у новорожденной на УЗИ органов брюшной полости, наряду с кистой, исходящей из малого таза и занимающей нижнюю половину брюшной полости, обнаружено расширение коллекторной системы левой почки (гидронефроз). После удаления кисты на контрольном УЗИ органов брюшной полости не обнаружены признаки гидронефроза. Дети остаются под наблюдением, в течении 3-х – 4-х лет.



Двое детей, девочки 12 лет и 8 лет, были доставлены в хирургическое отделение, с болями в животе, первая сразу после травмы (катаясь на велосипеде, ударилась об руль), вторая через 8 дней после получения аналогичной травмы. У первой при поступлении была картина разрыва кисты. У второй девочки наличие кисты было установлено на компьютерной томографии.

Размеры кист на операционном столе у первой 10×17 см, у второй 8×9 см. Природа кист была уточнена во время операции. Это были ложные кисты поджелудочной железы. Посттравматические ложные кисты поджелудочной железы у детей излечены методом наружного дренирования и промывания полости кист антиферментными препаратами.

Таким образом, анализируя клинический материал, можно сказать, что проблема ранней диагностики объемных образований брюшной полости и адекватной хирургической тактики остается актуальной.

- ▣ Больные поступают с целой палитрой клинических проявлений и чаще всего в период развития осложнений (болевого синдрома, увеличения живота и перитонита).
- ▣ Несмотря на широкий арсенал средств диагностики заболеваний, УЗИ и компьютерная томография остаются методами выбора, позволяющие определить синтопию опухоли (кисты) и органное происхождение структурных образований.

**Благодарю за внимание!!!**