



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 617-089

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИСТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Курбонов Д.Д. <https://orcid.org/0009-0000-3205-4714> E-mail: djafarkurbonov@gmail.com

Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр

✓ Резюме

Научное исследование было проведено на 26 больных с острыми кистозными заболеваниями органов брюшной полости, находившихся на обследовании и лечении в Самаркандском детском многопрофильном медицинском центре 2017–2024 гг. Из них с желчными кистами печени (ЖКП) было 5 больных, с посттравматическими кистами селезёнки (ПКС) – 6, посттравматическими кистами поджелудочной железы (ПКПЖ) – 8, а также кистами брыжейки кишечника (КБК) – 7 пациентов.

Ключевые слова: лапароскопия, абдоминальная хирургия, киста брюшной полости

ENDOVIDEOSURGERY IN THE TREATMENT OF ACUTE CYSTIC DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY IN CHILDREN

Kurbonov D.D. <https://orcid.org/0009-0000-3205-4714> E-mail: djafarkurbonov@gmail.com

Samarkand regional children's multidisciplinary medical Center

✓ Resume

A scientific study was conducted on 26 patients with acute cystic diseases of the abdominal cavity who were examined and treated at the Samarkand Children's Multidisciplinary Medical Center 2017-2024. Of these, there were 5 patients with biliary cysts of the liver, 6 with post-traumatic cysts of the spleen, 8 with post-traumatic cysts of the pancreas, and 7 with cysts of the intestinal mesentery.

Keywords: laparoscopy, abdominal surgery, abdominal cyst

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИГИНИНГ ЎТКИР КИСТОЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЭНДОВИДЕОЖАРРОҲЛИК

Курбонов Д.Д. <https://orcid.org/0009-0000-3205-4714> E-mail: djafarkurbonov@gmail.com

Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

✓ Резюме

Илмий тадқиқот Самарқанд болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида 2014-2017 йилларда қорин бўшлигининг ўткир кистоз касалликлари билан касалланган 26 бемор устида ўтказилди. Улардан, 5 та бемор жигар ўтли кисталар билан, 6 таси талоқ посттравматик кисталар билан, 8 таси ошқозон ости беги посттравматик кисталар билан, ва 7 та бемор ичак туткичи кисталар билан.

Калит сўзлар: лапароскопия, қорин бўшлиги жарроҳлиги, қорин кистаси

Актуальность

Дети с кистами обращаются за экстренной медицинской помощью при возникновении у них острой абдоминальной боли при сочетанной хирургической, соматической и инфекционной патологии, либо обнаружение патологических кист брюшной полости у детей также может быть случайным [1]. Кисты брюшной полости – понятие, объединяющее

разнообразные по происхождению, анатомическому строению и локализации образования. Среди кист выделяют истинные и ложные (посттравматические, инфекционные и др.). Истинные кисты брюшной полости делятся на кисты большого сальника, брыжеечные кисты, кишечные кисты (энтерокистомы), кисты придатков матки и кисты незарощенного мочевого протока [2, 3]. Основными жалобами, послужившими для обращения к хирургу, являются острые и хронические боли в животе, запоры, картина полной или частичной кишечной непроходимости, синдром «пальпируемой опухоли», синдром интоксикации и другие, но чаще всего встречаются больные с предварительным диагнозом «острый аппендицит» [4]. Также возможны кровотечения из эрозированной слизистой оболочки энтерокисты или перфорация ее стенки с последующим развитием перитонита [5]. Лечение кист брюшной полости – хирургическое, проводится радикальное удаление кисты, в 50% случаев приходится проводить резекцию кишки. В трудных случаях, когда удалить кисту по техническим причинам не представляется возможным, например при удвоении стенки двенадцатиперстной кишки, проводят фенестрацию с мукоэктомией [6–8]. Основным методом диагностики кистозных образований – ультразвуковое исследование) брюшной полости [9]. Данный метод позволяет в кратчайшие сроки выявить и локализовать патологическое образование, оценить соотношение с окружающими тканями, определить структуру и архитектуру кисты. Эхографически кисты брюшной полости определяются как тонкостенные, часто многокамерные структуры причудливой формы, различной локализации, с жидкостным однородным содержимым. В ряде случаев содержимое кисты может быть неоднородным по типу мелкодисперсной взвеси. Фрагменты кисты могут различаться по форме и размеру у одного больного. При достижении гигантских размеров кисты могут оттеснять петли кишок кзади, затрудняя проведение исследования органов брюшной полости (рис. 1) [10].

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с острыми кистозными заболеваниями органов брюшной полости с применением малоинвазивных операций, путем обоснования эффективности их использования в хирургии детского возраста.

Материал и методы

Под нашим наблюдением было 26 больных с острыми кистозными заболеваниями органов брюшной полости, находившихся на обследовании и лечении в Самаркандском детском многопрофильном медицинском центре 2017–2024 гг. Из них с желчными кистами печени (ЖКП) было 5 больных, с посттравматическими кистами селезёнки (ПКС) – 6, посттравматическими кистами поджелудочной железы (ПКПЖ) – 8, а также кистами брыжейки кишечника (КБК) – 7 пациентов.

Всем больным в ходе работы применялся комплекс различных методов исследования, включающий клинические, лабораторные и инструментальные подходы. Среди инструментальных методик использовались ультразвуковая диагностика органов брюшной полости и малого таза, рентгенологические исследования (обзорная рентгенография) и МСКТ. Кроме того, в диагностический процесс была включена лапароскопия.

Результаты: Расширенная клинико-anamnestическая характеристика представлена в таблице 1.

Анализ возрастных характеристик показал отсутствие статистически значимых различий между подгруппами, за исключением пациентов с ПКПЖ, среди которых средний возраст составил $5,1 \pm 1,2$ лет ($p < 0,05$).

Максимальные показатели продолжительности догоспитального и предоперационного периодов зафиксированы у пациентов с ПКПЖ: соответственно $32,0 \pm 11,3$ часа и $18,6 \pm 9,4$ часа.

Провоцирующие факторы – травмы живота и выраженная физическая нагрузка – были выявлены у всех пациентов с ЖКП, ПКС и ПКПЖ. В подгруппе с КБК данные факторы встречались значительно реже – у 28,6% пациентов.

Клиническая симптоматика различных форм ОКЗ ОБП коррелировала с анатомическими особенностями кистозных образований и степенью вовлечения соответствующих органов в патологический процесс.

Желчная киста печени. В группе из 5 пациентов с ЖКП все новообразования представляли собой ложные, приобретённые кисты. Четыре пациента (80%) были госпитализированы в

экстренном порядке с жалобами на острый болевой синдром в правом подреберье. Один пациент (20%) поступил в плановом порядке с эпизодическими болями в левом подреберье, возникшими за 23 часа до госпитализации.

При сборе анамнеза у 2 пациентов (40%) отмечено ранее проведенное лапароскопическое удаление эхинококковой кисты. В 2 наблюдениях (40%) кисты носили врожденный характер. В одном случае (20%) развитие кисты было обусловлено травмой органов брюшной полости, полученной незадолго до поступления.

У всех пациентов при ультразвуковом исследовании выявлены кисты печени (рисунок 1).

Таблица 1

Клинико-анамнестические характеристики пациентов с ОКЗ ОБП

Характеристики	Группы больных с ОКЗ ОБП			
	ЖКП (5)	ПКС (6)	ПКПЖ (8)	КБК (7)
Возраст больных (лет): М±т	7,8±0,7	11,8±1,0	5,1±1,2	6,4±0,8
Пол больных, n (%):				
• Мальчики	2 (33,3%)	3 (50%)	6 (75%)	4 (57,2%)
• Девочки	4 (66,7%)	3 (50%)	2 (25%)	3 (42,8%)
Догоспитальный период (часы): М±т	23,5±3,4	24,1±4,3	32,0±11,3	27,4±10,6
Дооперационный период(часы): М±т	12,3±2,6	16,2±4,8	18,6±9,4	14,5±3,6
Тяжесть состояния, n (%):				
• Средней тяжести	5 (100%)	4 (66,7%)	6 (75%)	7 (100%)
• Тяжелое	0 (0%)	2 (33,3%)	2 (25%)	0 (0%)
Провоцирующие факторы, n (%):				
• Установлены	5 (100%)	6 (100%)	8 (100%)	2 (28,6%)
• Не установлены	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (71,4%)

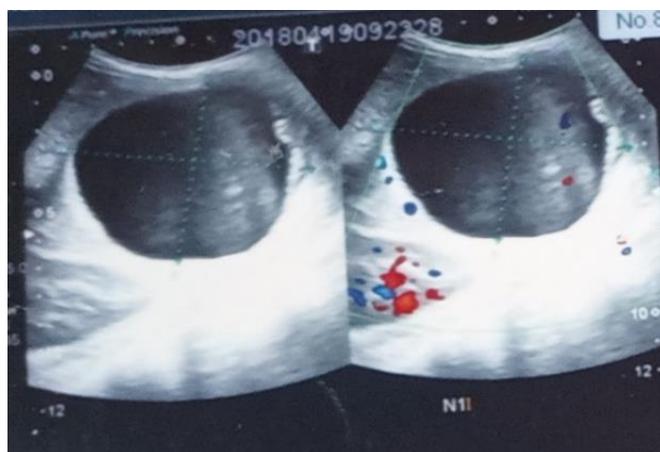


Рисунок 1. Ультразвуковая визуализация кисты печени.

Клиническая симптоматика включала, помимо абдоминального болевого синдрома, диспепсические проявления: у трёх пациентов (60%) наблюдались тошнота, рвота, метеоризм. У большинства пациентов регистрировалась субфебрильная температура тела; у двух (40%) – фебрильная лихорадка с повышением температуры до 38° С.

Показатели лейкоцитоза варьировали от 7,1 до $16,8 \times 10^9/\text{л}$, в среднем составляя $11,2 \times 10^9/\text{л} \pm 2,1$. Среди пациентов преобладали мальчики – 3 человека (60%), девочек было 2 (40%).

Во всех случаях с ЖКП было проведено УЗИ органов брюшной полости, при котором диагностированы кистозные образования различной локализации и размеров. Типичной ультразвуковой картиной при желчных кистах печени являлось анэхогенное жидкостное образование овальной или округлой формы, с тонкостенной капсулой и чёткими ровными контурами. Характерен был эффект дистального усиления эхосигнала за задней стенкой кисты, а также боковое ослабление сигнала.

Локализация кисты: в 4 случаях – в правой доле печени, в 1 – в левой. У 3 пациентов дополнительно проводилась МСКТ органов брюшной полости, при которой киста определялась как образование с чёткими контурами и низкой рентгеновской плотностью, соответствующей жидкостному содержанию.

Из 5 пациентов с ЖКП экстренное хирургическое вмешательство потребовалось в 4 случаях (80%). У одного пациента лапароскопия была выполнена по срочным показаниям после проведения дополнительного обследования, позволившего верифицировать наличие кистозного образования в брюшной полости.

Показаниями к экстренной лапароскопии служили нарастание абдоминального болевого синдрома, появление симптомов перитонеального раздражения в динамике, а также визуализация кистозного образования при УЗИ.

Средний возраст пациентов составил $7,8 \pm 1,2$ лет. Продолжительность догоспитального периода – $4 \pm 1,3$ ч, дооперационного – $13,3 \pm 2,4$ ч. Внутривнутрибрюшной геморрагический выпот был выявлен в 3 наблюдениях (60%).

Лапароскопическое вмешательство выполнено в 4 (80%) случаях. У одного пациента, ввиду клинической ситуации, проведена лапаротомия с дренированием кисты. При лапароскопии выполнялось иссечение передней стенки кисты, санация её полости и установка дренажа.

У 2 пациентов операция была повторной – ранее им проводилась лапароскопическая эхинококкэктомия печени. В этих случаях установка троакаров осуществлялась в области послеоперационных рубцов. Ни интраоперационных, ни послеоперационных осложнений зафиксировано не было. Средняя длительность госпитального лечения составила 8,4 суток (от 7 до 10 дней).

Клинический пример:

Пациентка, 8 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на острые боли в животе и появление объёмного образования в правом подреберье. По анамнезу: три месяца назад девочке была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия печени по поводу гигантской эхинококковой кисты V-VI сегментов печени. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

За три дня до текущей госпитализации появились острые боли в правом подреберье и пальпируемое образование. При поступлении: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, жалобы на болевой абдоминальный синдром. Кожные покровы чистые, бледные. Сердечно-лёгочная система без патологий. Живот мягкий, не увеличен. В правом подреберье пальпируется плотное, малоподвижное, болезненное образование размером 10,0×8,0 см. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень увеличена, селезёнка – без особенностей. Диурез и стул в пределах нормы.

УЗИ органов брюшной полости: в правой доле печени – округлое кистозное образование с неоднородным содержимым, чёткими ровными контурами, размером 11×9 см.

МСКТ: подтверждает наличие однокамерной кисты округлой формы с ровными чёткими контурами в V-VI сегментах печени.

Предоперационный диагноз: киста печени, состояние после лапароскопической

эхинококкэктомии.

Интраоперационно (рисунок 2): в правой доле печени визуализируется киста.



Рисунок 2. Желчная киста печени (вид после вскрытия кисты)

Выполнено лапароскопическое иссечение передней стенки кисты, аспирация содержимого (желчь), санация и дренирование полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Посттравматическая киста селезёнки. В исследуемую группу вошли 6 пациентов с ПКС. Клиническая картина варьировала в зависимости от размеров и анатомической локализации кисты. У 2 пациентов с кистами средних размеров (4-6 см) отмечались стойкие или приступообразные боли в левом подреберье, нередко иррадиирующие в левое плечо. Также наблюдалась рвота. У 4 пациентов с крупными образованиями (7-10 см) клиническая симптоматика была более выраженной и включала тошноту, отрыжку, диспепсические нарушения, а также гепатомегалию. Помимо болевого синдрома, у этих пациентов фиксировались лихорадка, озноб, общая слабость. При пальпации живота у четырёх пациентов выявлялось объёмное образование (рисунок 3).



Рисунок 3. Пальпаторное определение объёмного образования.

При объективном обследовании у четырёх пациентов диагностирована спленомегалия. При сборе анамнеза во всех случаях была установлена предшествующая травма живота. Распределение по полу оказалось равным: 3 мальчика и 3 девочки.

У всех пациентов с ПКС было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. При этом выявлялись кистозные образования в проекции селезёнки. Типичными ультразвуковыми признаками являлись анэхогенные жидкостные структуры округлой или овальной формы с чёткими, ровными контурами, локализованные в различных сегментах органа (у 4 пациентов), а также признаки спленомегалии.

У 2 пациентов при УЗИ дополнительно визуализировались кисты в области хвоста поджелудочной железы, что потребовало проведения дифференциальной диагностики.

Во всех случаях отмечалось дистальное усиление эхосигнала за задней стенкой кисты и боковое ослабление эхосигнала, что типично для жидкостных образований.

Всем пациентам была выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости. По результатам исследования кисты определялись как образования с чёткими контурами и пониженной рентгеновской плотностью. Локализация кист: у 1 пациента – в верхнем полюсе селезёнки, у 3 – в среднем, у 2 – в нижнем полюсе.

У пациентов с ПКС оперативное лечение проводилось по экстренным показаниям в 4 случаях и по срочным – в 2. Лапароскопический доступ применён у 5 пациентов (83,3%). Операция включала иссечение передней стенки кисты, аспирацию её содержимого, коагуляцию внутренней стенки при помощи электрохирургического инструмента и дренирование полости. Во всех случаях был реализован органосохраняющий подход. В одном случае (16,7%) была выполнена лапаротомия – у пациента с ранее перенесённым оперативным вмешательством по поводу нагноившейся кисты печени.

Средний возраст пациентов – $12 \pm 1,1$ лет. Продолжительность догоспитального периода составила $6 \pm 1,4$ ч, дооперационного – $11,2 \pm 1,4$ ч. Внутривнутрибрюшной серозный выпот диагностирован в 4 случаях (66,7%).

Интраоперационные и послеоперационные осложнения, а также рецидивы заболевания не зафиксированы. Продолжительность госпитального лечения варьировала от 3 до 12 суток, в среднем составив 7,2 дня.

Посттравматическая киста поджелудочной железы.

В группе из 8 пациентов с ПКПЖ клиническая картина во всех случаях была обусловлена как локализацией, так и значительным размером кистозного образования (более 8 см при поступлении). У всех пациентов наблюдалось асимметричное увеличение объема живота за счёт верхних отделов, визуально и пальпаторно определяемое как мягкоэластическое, ограниченно подвижное образование.

Общий анализ крови не выявил отклонений от возрастной нормы, за исключением умеренного повышения скорости оседания эритроцитов (СОЭ) – до 18-20 мм/ч. В биохимическом анализе крови отмечались гипокалиемия, повышение уровня С-реактивного белка до 0,3 мг/л при нормальном уровне глюкозы и активности альфа-амилазы.

У 3 пациентов с локализацией кисты в головке поджелудочной железы отмечались признаки механической желтухи, что сопровождалось биохимическими признаками холестаза – повышением уровня печёночных трансаминаз и других маркеров цитолиза.

У остальных 5 пациентов киста была расположена в теле железы, приводя к компрессии двенадцатиперстной кишки или других сегментов кишечника, что проявлялось симптомами частичной кишечной непроходимости.

Во всех наблюдениях регистрировался выраженный болевой синдром, повышение температуры тела и рвота. При физикальном осмотре у всех пациентов определялось пальпируемое объёмное образование в брюшной полости. По данным анамнеза, у всех пациентов имелась предшествующая травма живота. Половой состав группы: 6 мальчиков и 2 девочки.

У всех пациентов с ПКПЖ по данным УЗИ во всех случаях определялось однокамерное кистозное образование с анэхогенным, однородным содержимым в проекции поджелудочной железы.

Шести пациентам дополнительно была выполнена МСКТ органов брюшной полости. Исследование выявило объёмные, округлой формы кисты с чёткими ровными контурами, локализованные в верхнесредних отделах брюшной полости. Образования оказывали компрессию на прилегающие структуры: оттесняли кишечные петли каудально, желчный пузырь – латерально, а желудок, селезёнку и саму ПЖ – кзади. В ряде случаев происхождение образования из тканей поджелудочной железы нельзя было исключить.

Признаков увеличения регионарных лимфатических узлов, наличия свободного газа или жидкости в исследуемой области не выявлено.

Экстренные хирургические вмешательства были выполнены в 5 случаях (62,5%) на фоне клинической картины острой кишечной непроходимости. Трое пациентов (37,5%) оперированы в срочном порядке. Средний возраст пациентов составил $5,1 \pm 1,2$ лет. Продолжительность догоспитального периода – $7,2 \pm 1,2$ ч, дооперационного – $12,1 \pm 1,2$ ч.

При лечении пациентов с ПКПЖ лапароскопическое лечение оказалось эффективным в 3 (37,5%) случаях. У 2 (25%) пациентов потребовалась конверсия в лапаротомию из-за выраженного спаечного процесса в брюшной полости.

Хирургическая тактика включала частичное иссечение стенок кисты с сохранением задней стенки, аспирацию содержимого и дренирование полости кисты, а также малого таза.

Клинический пример:

Пациент Р., 6 лет, поступил в стационар 02.08.2013 с жалобами на абдоминальную боль, рвоту и пальпируемое образование в эпигастриальной области. По анамнезу: за неделю до госпитализации получил травму живота (удар ногой).

При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела – $37,6^{\circ}\text{C}$, ЧСС – 110 уд/мин. Язык сухой, обложен белым налётом. При пальпации: в эпигастрии определяется плотное, болезненное опухолевидное образование размером $10,0 \times 9,0$ см, с чёткими краями. Живот в других отделах мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Перитонеальные симптомы отсутствуют. В общем анализе крови – лейкоцитоз ($13 \times 10^9/\text{л}$).

По данным УЗИ органов брюшной полости: в проекции поджелудочной железы выявлено кистозное образование размером $10,0 \times 9,5$ см с чёткими контурами и неоднородным жидкостным содержимым.

Предоперационный диагноз: *посттравматическая киста поджелудочной железы.*

Интраоперационно: *под эндотрахеальным наркозом наложен карбоксиперитонеум, троакары установлены в типичных анатомических точках. Обнаружена геморрагическая жидкость в правом боковом канале и полости малого таза (аспирировано 140 мл). В области поджелудочной железы визуализирована киста, спаянная с петлями кишечника и большим сальником. Сложности отделения устранены с помощью электрокоагуляции. После пункции кисты аспирировано 230 мл геморрагического содержимого, произведено частичное иссечение стенок и дренирование полости. В малом тазу дополнительно установлен страховочный однопросветный дренаж. После удаления троакаров раны ушиты.*

В послеоперационном периоде проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. Дренаж из кисты удалён на 5-е сутки, из брюшной полости – на 7-е. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после операции.

Представленный случай демонстрирует клиническую эффективность и технические возможности лапароскопического метода при лечении посттравматических кист поджелудочной железы у детей.

Лапаротомия выполнена у 3 (37,5%) пациентов, преимущественно в ранние сроки наблюдения, по экстренным показаниям.

Киста брыжейки кишки. В группе из 7 пациентов с КБК клинические проявления заболевания зависели от анатомической локализации и размеров кисты. Все пациенты имели признаки частичной кишечной непроходимости различной степени выраженности.

У 3 пациентов с кистами средних размеров (4-6 см) отмечались периодические или постоянные боли в животе, локализация которых варьировала в зависимости от расположения образования. Болевой синдром сопровождался тошнотой и эпизодами рвоты.

У 4 пациентов с кистами диаметром 7-10 см клиническая картина была более выраженной: наблюдались повторная рвота, отрыжка, вздутие живота, задержка стула и газов, что соответствовало картине острого кишечного синдрома.

При пальпации живота у всех пациентов определялось подвижное, безболезненное, мягко эластическое образование. Половой состав группы: 3 мальчика и 4 девочки.

У всех пациентов с КБК при УЗИ выявлялось кистозное образование с однородным анэхогенным содержимым. Образования имели округлую или овальную форму и чёткие ровные контуры, локализуясь в различных отделах брюшной полости.

Всем пациентам была проведена обзорная рентгенография органов брюшной полости. У 4 пациентов регистрировались признаки кишечной непроходимости, включая симптом «чаш Клойбера» и феномен «немного живота».

У 4 больных дополнительно выполнена МСКТ. В двух случаях кисты располагались в верхне-средних отделах брюшной полости, в одном – в правой подпечёночной области, в одном – в левой подвздошной области. На томограммах визуализировались однокамерные объёмные образования с низкой рентгеновской плотностью и чёткими ровными контурами, оказывавшие компрессию на прилегающие кишечные петли и способствовавшие развитию симптомов кишечной непроходимости.

Среди 7 пациентов с КБК экстренное оперативное вмешательство потребовалось в 4 случаях (57,1%) при наличии клинической картины острой кишечной непроходимости. У трёх пациентов (42,9%) операция выполнена в срочном порядке.

Средний возраст пациентов – $6,4 \pm 0,8$ лет. Длительность догоспитального периода составила $10,2 \pm 1,3$ ч, дооперационного – $11,2 \pm 1,1$ ч. Внутрибрюшной патологический выпот не выявлен.

В этой группе больных лапароскопическая хирургия оказалась эффективной в 4 (57,1%) наблюдениях. Операция включала пункцию с аспирацией содержимого, иссечение и удаление стенок кисты.

В двух случаях лапароскопический доступ был затруднён из-за выраженного спаечного процесса в брюшной полости. У одного пациента выполнена лапаротомия с резекцией кисты брыжейки тонкого кишечника и последующим дренированием брюшной полости.

Интраоперационные и послеоперационные осложнения, а также рецидивы заболевания не зафиксированы. Госпитальный период составил от 8 до 13 суток, в среднем – 9,8 дня.

Выводы

Проведенное исследование, основанное на анализе лечения 26 детей с острыми кистозными заболеваниями органов брюшной полости, включая желчные кисты печени (n=5), посттравматические кисты селезенки (n=6) и поджелудочной железы (n=8), а также кисты брыжейки кишечника (n=7), демонстрирует значимую роль и эффективность эндовидеохирургических технологий. Лапароскопические вмешательства показали высокую результативность при желчных кистах печени (80% случаев) и посттравматических кистах селезенки (83,3%), где во всех случаях удалось применить органосохраняющий подход. Данные методики позволили выполнить адекватное иссечение стенок кист, аспирацию содержимого и эффективное дренирование.

При лечении посттравматических кист поджелудочной железы и кист брыжейки кишечника эффективность лапароскопии составила 37,5% и 57,1% соответственно, что было обусловлено наличием выраженного спаечного процесса или необходимостью выполнения более обширных резекций в части случаев, потребовавших конверсии доступа или первичной лапаротомии, особенно на ранних этапах освоения методик. Диагностический этап, включавший УЗИ и МСКТ, играл ключевую роль в определении тактики лечения.

В большинстве случаев лапароскопического лечения интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также рецидивов заболевания, зафиксировано не было, а средняя продолжительность госпитального лечения была приемлемой. Полученные результаты

подтверждают, что эндовидеохирургия является эффективным и малотравматичным методом лечения острых кистозных заболеваний органов брюшной полости у детей, позволяющим добиться хороших результатов при адекватном отборе пациентов и учете особенностей каждого клинического случая.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азизов М.К., Курбонов Д.Д., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Джуракулов Ж.Д. Анализ результатов применения эндовизуальных операций у детей // Журнал биомедицины и практики. – 2021. Том 6, № 5. Стр 137-142.
2. Васильев А.Ю., Ольхова Е.Б. Ультразвуковая диагностика в неотложной детской практике: руководство для врачей. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010; с. 363–77. / Vasil'ev A.Iu., Ol'khova E.B. Ul'trazvukovaia diagnostika v neotložnoi detskoj praktike: rukovodstvo dlia vrachei. M.: GOETAR-Media, 2010; s. 363–77.
3. Румянцева Г.Н., Мешелова Д.Г., Шмелев Ф.Л. Энтерокисты и мезентериальные кисты у детей. Дет. хирургия. 2002; 5: 46–7. / Rumiantseva G.N., Meshelova D.G., Shmelev F.L. Enterokisty i mezenterial'nye kisty u detei. Det. khirurgiia. 2002; 5: 46–7. [in Russian]
4. Врублевский С. Г., Поддубный И. В., Трунов В. О. и др. Неотложная абдоминальная патология у детей раннего возраста // Детская хирургия. 2015.- № 3.- С. 32-3.
5. Горемыкин И.В. 37-летний опыт лечения патологии желточного протока у детей/ И.В. Горемыкин, Ю.В. Филиппов, В.Б. Турковский и др. // Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии. - 2014. - Т. IV, № 1. - С. 46-50.
6. Дронов А.Ф. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний большого сальника у детей /А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, А.Н. Смирнов и др. // Эндоскопическая хирургия. - 2003.-№ 2.- С. 17-20.
7. Запорожченко А.Г. Современное состояние эндоскопической хирургии детей и перспективы ее развития/ А.Г. Запорожченко, Л.Н. Бондарюк, И.П. Журило И.П. и др. // Украинский журнал хирургии. -2012.- №2.-С.26-29.
8. Лохвицкий С.В., Цешковский М.В., Иванченко А.Н. Эндовидеолапароскопические операции при трудностях диагностики в экстренной абдоминальной хирургии. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2012; 7. (1): 278.
9. Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. Эндоскопическая хирургия в педиатрии. Руководство для врачей. Москва, 2016; 598 с.
10. Соколов Ю.Ю., Коровин С.А., Дзядчик А.В. Лапароскопия у детей с острой ишемией органов брюшной полости. // Ученые записки Орловского государственного университета. 2014; 63 (7). Ч. II: 110-1.
11. Федоров А.В., Оловянный В.Е. Лапароскопическая хирургия в регионах России: проблемы и пути развития // Хирургия. - 2011.- №6.- С. 4-10.
12. Richard RR. Mesenteric and omental cysts. In: Grosfeld J, O'Neill Jr, Fonkalsrud EW, Coran AG, editors. Pediatric surgery. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006; p. 1399–406.
13. MacKenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. // J Laparoendosc Surg 1993; 3: 295–9.
14. Tran NS, Nguyen TL. Laparoscopic management of abdominal lymphatic cyst in children. // J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2012; 22: 505–7.

Поступила 20.04.2025