

сыворотка не вводилась по причине ее отсутствия в ЦРБ и ближайшем межрайонном центре. В анамнезе из перенесенных заболеваний — ОРВИ.

Данные физикального обследования: состояние средней тяжести. Активен. Правильного телосложения, умеренного питания. Вес — 20 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система развита правильно. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД — 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные ясные, ЧСС — 112 в минуту, АД — 115/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул, мочеиспускание в норме.

Statuslocalis. В области тыла левой стопы, голеностопного сустава имеются 2 точечные ранки, из которых нет отделяемого. Окружающая кожа над стопой, голеностопным суставом отечна, гиперемирована с цианозом и кровоизлияниями. Имеется умеренно выраженный отек стопы, нижней и средней трети голени, болезненность мягких тканей, температура пораженной конечности не повышалась, флюктуации нет. Движения в суставах сохранены и болезненны. Ребенку выставлен диагноз: «Укус змеи (гадюки?)». Принято решение: в связи с введением антитоксической иммунной сыворотки «Антигадюка» клинико-лабораторный мониторинг и интенсивную терапию продолжить в ОИТР. Данные инструментальных исследований не выявили какой-нибудь значимой патологии. При анализе данных лабораторных исследований выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и компенсированный метаболический ацидоз. Интенсивная терапия включала: введение сыворотки против яда гадюки обыкновенной по Безредке; обезболивание (анальгин — 50 % — 0,5 мл); антибактериальную терапию (амклав — 600 мг 3 раза в день); гормональную терапию (преднизолон — 30 мг, дексаметазон — 4 мг); антикоагулянтную терапию

(клексан — по 0,2 мл 1 раз в сутки внутривенно); инфузионная терапия и форсированный диурез; местное лечение (повязки с гепариновой мазью на левую стопу). Состояние пациента К. стабилизировалось и 12.05.2016 г. он был переведен в детское хирургическое отделение, откуда 16.05.2016 г. выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

Заключение

Описанные клинические случаи являются яркой иллюстрацией того, что раннее введение иммунной антитоксической сыворотки, с учетом аллергологической настороженности, при наличии ранних признаков отравления биологическим ядами может прервать «ферментативный каскад», сократить число осложнений, сроки госпитализации пациентов и такая тактика очень точно согласована с современными литературными данными по данной проблеме.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Павлов, О. Б. Ядовитые змеи и первая помощь при укусах ядовитых змей / О. Б. Павлов, С. С. Грачев // Медицинский журнал БГМУ. — 2013. — № 3. — С. 15–20.
2. Маркова, И. В. Клиническая токсикология детей и подростков: учебник: в 2 т. / И. В. Маркова, В. В. Афанасьев, Э. К. Цыбулькин. — СПб.: Интермедика, 1998–1999. — С. 282–287.
3. Бабенко, О. В. Укус змеи: первая помощь, лечение, танатогенез, профилактика / О. В. Бабенко, С. В. Трифионов, М. М. Авхименко // Медицинская помощь. — 2004. — № 4. — С. 38–41.
4. Лужников, Е. А. Острые отравления: руководство для врачей / Е. А. Лужников, Л. Г. Костомарова. — М.: Медицина, 1989. — С. 432.
5. Гельфанд, Б. Р. Анестезиология и интенсивная терапия / Б. Р. Гельфанд. — М.: Литтерра, 2005. — С. 542.
6. Курек, В. В. Терминальные состояния и сердечно-легочная реанимация у детей: метод. рекомендации. / В. В. Курек, А. Е. Кулагин, А. П. Васильцева. — Минск: БелГИУВ, 1998. — С. 36.
7. Прасмыцкий, О. Т. Основы анестезиологии и реаниматологии: учеб.-метод. пособие / О. Т. Прасмыцкий, О. Б. Павлов. — Минск: БГМУ, 2002. — С. 52.
8. Линг, Л. Дж. Секреты токсикологии / Л. Дж. Линг; пер. с англ.; под общ. ред. Е. А. Лужникова. — М.: Бином; СПб.: Диалект, 2006. — С. 376.
9. Власов, О. П. Биология и распространение степной гадюки на северной границе ареала в Центрально-Черноземном регионе / О. П. Власов, А. А. Власова // Тр. Ассоциации особо охраняемых территорий Центрально-Черноземной России-2001а. — № 2. — С. 116–121.

Поступила 20.09.2016

УДК 616-006.314.03:618

ЛИМФАНГИОМА В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

И. А. Корбут, Т. Н. Захаренкова, Т. Накамура, Т. Хирома

**Гомельский государственный медицинский университет
Детская больница префектуры Нагано, Япония**

Лимфангиома — доброкачественная опухоль лимфатической системы, которая часто развивается внутриутробно. Манифестация происходит, как правило, в возрасте до 1 года с неспецифической клинической картиной. Акушер-гинеколог может столкнуться с этой патологией у плода и новорожденного, а также при оказании экстренной помощи. Представлены два клинических случая лимфангиомы у плода и новорожденного и у ребенка 16 лет.

Ключевые слова: лимфангиома, кистозная лимфангиома брыжейки.

LYMPHANGIOMA IN THE PRACTICE OF AN OBSTETRICIAN-GYNECOLOGIST

I. A. Korbut, T. N. Zaharenkova, T. Nakamura, T. Hiroma

**Gomel State Medical University
Children's Hospital of the Nagano prefecture, Japan**

Lymphangioma is a benign tumor of the lymphatic system which often develops during the embryonic period. The manifestation usually takes place before the age of 1 with non-specific clinical presentation. An obstetrician-gynecologist may face this pathology in the fetus and newborn as well as rendering emergency aid. The article presents two clinical cases of lymphangioma in a fetus and the newborn, and a 16 year-old child.

Key words: lymphangioma, cystic lymphangioma of mesentery.

Введение

Лимфангиома (гамартрома) — доброкачественная опухоль, при которой возникают образования, представляющие собой расширенные лимфатические протоки, выстланные нормальным лимфатическим эндотелием [7]. По данным J. E. Losanoff и I. Wani [6, 12], частота указанной патологии составляет от 1 на 20 тыс. до 1 на 250 тыс. поступлений в хирургический стационар. Обычно лимфангиома возникает в конце 1 и (или) начале 2 триместра беременности. В 62 % случаев она ассоциирована с хромосомными аномалиями плода и новорожденного, чаще с синдромом Тернера [7]. Происхождение этой опухоли до конца не выяснено. Считается, что этиологическим фактором может являться травма или аномалия развития лимфатической системы [1, 6, 12]. V. Weeda и соавторы предполагают, что у пациентов с мальротацией и заворотом кишечника кистозная лимфангиома брыжейки может рассматриваться как приобретенная патология [14].

Быстрое развитие современных технологий в сочетании с увеличением числа специфических маркеров для лимфатических эндотелиальных клеток облегчает изучение лимфангиогенеза в развивающихся и больных тканях. В исследовании R. Ji (2010) при моделировании развития лимфангиом у мышей путем введения неполного адьюванта Фрейнда (IFA) внутрибрюшинно было выявлено возможное влияние сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF)-A/-C/-D и его рецепторов VEGF receptors-2/-3 на сигнальный механизм гена Prox-1, являющегося критическим регулятором клеточной активности и морфогенеза различных тканей, в том числе лимфатических сосудов [5].

По литературным данным, 75 % лимфангиом располагается в области шеи, 20 % — в подмышечной области, 2 % — в брюшной полости и ретроперитонеально, 2 % — поражают конечности и кости и 1 % — средостение [2, 3]. Среди опухолей, располагающихся ниже диафрагмы, 63 % имеют левостороннюю локализацию. Менее чем в 1 % случаев лимфангиома может локализоваться в брыжейке ки-

шечника или в ретроперитонеальном пространстве. [4]. Около 50 % этих образований манифестируют при рождении и до 90 % визуализируются у детей до 2 лет.

Лимфангиомы бывают поверхностные и глубокие и зачастую ассоциируются с аномалиями регионарных лимфатических сосудов.

Гистопатологически их классифицируют на 3 типа:

— капиллярные — небольшие, тонкостенные, обычно в поверхности кожи;

— кавернозные — большие расширенные лимфатические протоки, обычно связанные с соседними лимфатическими пространствами нормального диаметра;

— кистозные — полости разного размера с серозным, хилезным или геморагическим содержимым, не связанные со смежными лимфатическими протоками [10].

Кистозная лимфангиома, локализующаяся в брюшной полости или в забрюшинном пространстве, имеет следующие характеристики: стенка кисты состоит из монослоя эндотелиальных клеток, небольшого лимфатического пространства, много лимфатической ткани, гладкой мускулатуры и пенистых клеток, представляющих собой заполненные жировыми включениями образования разных размеров [8]. Глубокие лимфангиомы представляют собой диффузные образования, состоящие из расширенных кистозных полостей.

Лимфатическая мальформация является потенциально опасным образованием для человека. Пороки развития лимфатических сосудов в области головы и шеи плода, диагностируемые внутриутробно, обычно имеют огромные размеры, тем самым создают угрозу жизни ребенка. Эти образования могут блокировать ход плода по родовым путям матери, сдавливать и смещать соседние органы и ткани, тем самым приводя к гипоксии и ишемии этих органов. Распространённые образования, локализующиеся в области дна полости рта, могут приводить к нарушению дыхания, в отдельных случаях до полной асфиксии, невозможности самостоятельного приема пищи. Лимфатическая маль-

формация в орбитальной области способствует развитию нарушения зрения у пациента.

Наиболее частым осложнением у больных с данной патологией является воспаление лимфатической мальформации, спровоцированное любым инфекционным агентом. В результате воспаления патологические ткани увеличиваются в объеме, что приводит к увеличению асимметрии лица и шеи, перекрытию дыхательных путей, нарушению приема пищи, речи. Микрокистозные образования в полости рта и конъюнктивы глаз могут кровоточить. При локализации патологических тканей в области орбиты возможно развитие выраженного экзофтальма. Все это приводит к косметическим, функциональным нарушениям, а также состояниям, угрожающим жизни ребенка. Воспаление лимфатической мальформации требует неотложного лечения, включающего антибактериальную (антибактериальные лекарственные средства широкого спектра действия), противовоспалительную (нестероидные противовоспалительные препараты в соответствии с возрастом) терапию [7].

Кистозная лимфангиома, расположенная в брюшной полости — достаточно редкая находка у детей [11, 13]. Эта патология может проявляться как объемное образование, сопровождаться болью в животе, тошнотой и анорексией, а также признаками кишечной непроходимости. Эти неспецифические клинические признаки зачастую принимают за более частую острую хирургическую патологию. При кистах сальника, как правило, обнаруживают болезненное объемное образование в брюшной полости.

Все эти признаки характерны для многих заболеваний, делая дифференциальную диагностику затруднительной. Дополнительные методы визуализации, такие как УЗИ, КТ и МРТ очень важны в диагностике и используются для уточнения размеров опухоли, инфильтрации окружающих тканей. С лимфангиомой брыжейки сходную клиническую картину имеют такие заболевания, как опухоль поджелудочной железы, гастроинтестинальная стромальная опухоль, гемангиома и лимфангиосаркома. Для того, чтобы сузить круг заболеваний, может использоваться ПЭТ с фтордезоксиглюкозой (определение злокачественных процессов, в том числе метастатического рака толстой кишки), эндоскопическая ретроградная панкреатография (выявление опухолей поджелудочной железы) и ангиография (исключение гемангиомы) [16].

Кистозная лимфангиома брыжейки является доброкачественной, но могут встречаться осложнения, угрожающие жизни: разрыв и кровотечение, а также кишечная непроходимость. Основным методом лечения кистозной лимфангиомы брыжейки — ее хирургическое

удаление [9]. Также может использоваться введение в полость опухоли склерозирующего агента ОК 432 (пицибанила), блеомицина, этоксисклерола, а также лиофилизата *Streptococcus pyogenes* группы А. Использование ОК 432 обычно показано для уменьшения размеров опухоли перед оперативным вмешательством, а также в случаях, когда трудно выполнить полную резекцию.

Таким образом, диагностика лимфангиомы зачастую затруднена, а хирургическое удаление образования часто является как методом лечения, так и методом диагностики [<http://www.sciencedirect.com/science/journal/221026129>, 15].

В акушерско-гинекологической практике редко приходится встречаться с лимфангиомами различной локализации, однако иногда заболевание протекает под маской острой хирургической патологии, что требует проведения неотложной операции.

Цель работы

Представить клинические случаи манифестации лимфангиомы в акушерско-гинекологической практике.

Материал и методы

Анализ историй болезни пациентов Гомельской областной клинической больницы (Беларусь) и детской больницы префектуры Нагано (Япония). Описание клинических случаев публикуется с разрешения законных представителей.

Результаты и обсуждение

Клинический случай 1. Пациентка Т., 16 лет, была доставлена в Учреждение «Гомельская областная клиническая больница» 22.10.2013 г. с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота, тошноту, однократную рвоту. Состояние при поступлении средней тяжести, температура тела — 37,2 °С, артериальное давление — 130/85 мм рт. ст. на обеих руках, ЧСС — 90 ударов в минуту.

Осмотрена дежурным гинекологом, хирургом. При УЗИ органов брюшной полости выявлено многокамерное кистозное образование в проекции левого яичника. Менархе — в 14 лет, менструации регулярные, через 28 дней по 5 дней, первый день последней менструации — за неделю до поступления в стационар. Половой жизнью не живет, при ректальном исследовании матка не увеличена, безболезненна, объемных образований в области придатков не выявлено. С учетом жалоб, данных обследования выставлен диагноз «Перекрут ножки опухоли левого яичника», принято решение об оперативном лечении.

После предоперационной подготовки и выполнения необходимого минимума обследования (определение группы крови и резус-фактора, выполнение общего анализа крови) проведена операция: лапаротомия по Пфанненштилю. Ревизия органов малого таза по-

казала: матка и яичники обычных размеров и формы, визуально не изменены. На расстоянии 1 м от илеоцекального угла в брыжейке

подвздошной кишки определяется опухолевидное образование 30 × 30 см в диаметре (рисунок 1).

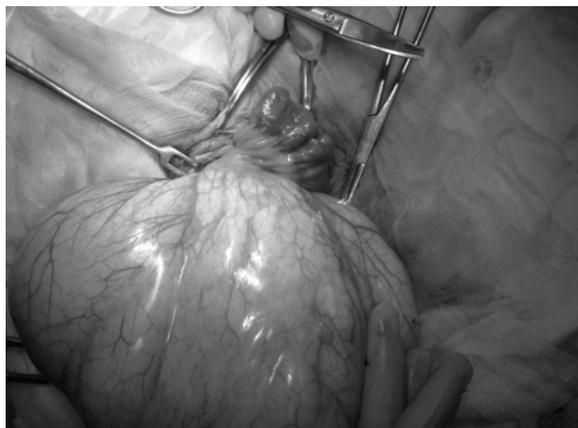


Рисунок 1 — Лимфангиома брыжейки подвздошной кишки

В операционную приглашен детский хирург. В ходе интраоперационного консилиума было принято решение провести резекцию участка брыжейки с участком подвздошной кишки, что и было выполнено с наложением анастомоза «конец в конец».

Макропрепарат: участок резецированной кишки длиной до 18 см с опухолью белесовато-желтого цвета, тестоватой консистенции, тонкостенной с наличием кист, заполненных лимфой.

Заключительный диагноз: лимфангиома брыжейки подвздошной кишки.

Патогистологическое заключение: кистозная лимфангиома брыжейки подвздошной кишки. Лимфатические узлы с синусовым гистицитозом. Края резекции и стенка кишки обычного вида.

Послеоперационный период протекал без особенностей, швы сняты на 7-е сутки, заживле-

ние раны первичным натяжением. Девочка была выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, картина «острого живота» в данном случае была обусловлена кистозной лимфангиомой брыжейки подвздошной кишки, которая не была визуализирована у ребенка ранее.

Клинический случай 2. Наблюдение проведено во время стажировки в перинатальном центре префектуры Нагано в г. Азумино (Япония). У беременной в возрасте 29 лет во время пренатального скрининга на УЗИ в 22 недели гестации было выявлено образование до 7 см в диаметре в левой подмышечной области плода. Женщина была первобеременной, первородящей. С целью дообследования пациентка была направлена на госпитализацию, в стационаре была выполнена МРТ (рисунок 2), которая подтвердила наличие образования размером 8 см, по структуре была заподозрена лимфангиома подмышечной области.

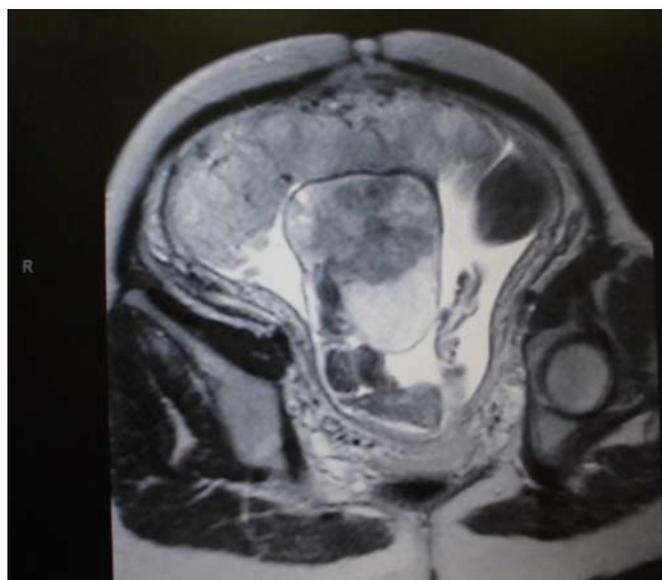


Рисунок 2 — МРТ плода, показывающая образование в подмышечной области

За время беременности неоднократно проводилась сонография, размер опухоли постепенно увеличился до 12 см. Изучив литературные данные, врачи приняли решение о назначении этой пациентке глюкокортикоидов (преднизолон по 5 мг ежедневно) с 34 недели беременности для стабилизации роста лимфангиомы. Родоразрешение путем операции кесарево сечение в связи с возможностью фетальной дистоции и родовой травмы было произведено в 39 недель гестации, извлечен живой доношенный мальчик весом 2960 г

с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов, с двухкамерным образованием в левой подмышечной области 10×18 см (рисунок 3). Других структурных аномалий выявлено не было. При кариотипировании — генотип 46 XY. Диагноз: «Лимфо-гемангиома левой подмышечной области». Ребенку было проведено дообследование: обзорная рентгенограмма грудной клетки (рисунок 4), которая показала, что кистозное образование содержит тонкостенные перегородки, а также ангиография сосудов (рисунок 5).



Рисунок 3 — Новорожденный с образованием в левой подмышечной области



Рисунок 4 — Обзорная рентгенография органов грудной клетки

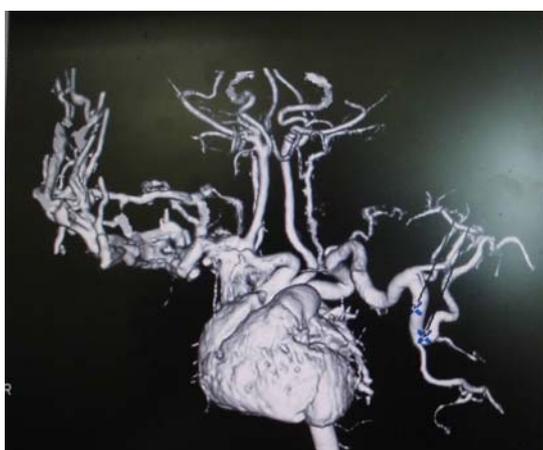


Рисунок 5 — Ангиография сосудов верхних конечностей новорожденного

Запланирована инъекция склерозанта (пицибанила) с последующим хирургическим лечением.

Заключение

При установлении у ребенка диагноза лимфангиомы необходимо оценить показания к хирургическому лечению: жизненные, косметические или функциональные — и проводить рациональную терапию, не дожидаясь значительного роста опухоли и возникновения осложнений. При возникновении симптомов «острого живота» следует помнить и о возможности манифестации лимфангиомы брюшной полости.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Abdominal lymphangioma in adults / J. G. Allen [et al.] // Journal of Gastrointestinal Surgery. — 2006. — Vol. 10. — P. 746–751.
2. Cystic lymphangioma of the jejunal mesentery in an adult: a case report / C. W. Chen [et al.] // World Journal of Gastroenterology. — 2005. — Vol. 11. — P. 5084–5086.
3. Chung, J. C. Cystic lymphangioma of the jejunal mesentery presenting with acute abdomen in an adult / J. C. Chung, O. P. Song // Canadian Journal of Surgery. — 2009. — Vol. 52. — P. 286–288.
4. Gleason, C. A. Avery's diseases of the newborn / C. A. Gleason, S. U. Devaskar. — 9th ed., 2012 Elsevier Inc. Saunders — 1498 p.
5. Multiple expressions of lymphatic markers and morphological evolution of newly formed lymphatics in lymphangioma and lymph node lymphangiogenesis/ R. Ji [et al.] // Microvascular Research. — 2010. — Vol. 80, Is. 2. — P. 195–201.
6. Losanoff, J. E. Mesenteric cystic lymphangioma: unusual cause of intra-abdominal catastrophe in an adult / J. E. Losanoff, K. T. Kjossev // International Journal of Clinical Practice. — 2005. — Vol. 59. — P. 986–987.
7. Giant fetal lymphangioma at chest wall and prognosis: Case report and literature review / D. Lu [et al.] // Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2015. — Vol. 54. — P. 62–65.
8. Martin, R. J. Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the Fetus and Infant / R. J. Martin, A. A. Fanaroff, M. C. Walsh. — 9th ed. — Elsevier Inc. Mosby. — 2011. — P. 1840.
9. Cystic lymphangioma of the lesser omentum in an adult / E. Martín-Pérez [et al.] // The American Journal of Surgery. — 2010. — Vol. 199, Is. 2. — P. 20–22.
10. Tanga, S. Small Bowel Lymphangioma / S. Tanga, F. Bhaijee // Video Journal and Encyclopedia of GI Endoscopy. — 2014. — Vol. 1. — P. 663–665.
11. Giant cystic lymphangioma of the small bowel mesentery: report of a case / H. Tsukada [et al.] // Surgery Today. — 2002. — Vol. 32. — P. 734–737.
12. Wani, I. Mesenteric lymphangioma in adult: a case series with a review of the literature / I. Wani // Digestive Diseases and Sciences. — 2009. — Vol. 54. — P. 2758–2762.
13. A case of mesenteric cystic lymphangioma in an adult which caused duodenal stenosis after resection / A. Watanabe [et al.] // International Journal of Surgery Case Reports. — 2013. — Vol. 4, Is. 2. — P. 212–215.
14. Weeda, V. B. Mesenteric cystic lymphangioma: a congenital and an acquired anomaly? Two cases and a review of the literature / V. B. Weeda, K. A. C. Booij, D. C. Aronson // Journal of Pediatric Surgery. — 2008. — Vol. 43, Is. 6. — P. 1206–1208.
15. A rare case report of cystic lymphangioma of greater omentum in a child on MDCT / A. Yadav [et al.] // Current Medicine Research and Practice. — 2014. — Vol. 4, Is. 2. — P. 83–86.

Поступила 11.11.2016

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 616.36-004+616.149-008.341.1]:577.175.14

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А. Г. Скуратов, А. Н. Лызилов, Е. В. Воробьев, О. В. Осипкина

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: исследовать уровень интерлейкина-6 в крови пациентов с циррозом печени и выявить диагностическую значимость этого показателя.

Материал и методы. Проведено исследование среди пациентов с хроническими заболеваниями печени (цирроз, хронический гепатит, неалкогольная жировая болезнь печени); определен уровень ИЛ-6 в плазме крови пациентов и в контрольной группе.

Заключение. Выявлено статистически значимое повышение уровня интерлейкина-6 в плазме крови пациентов с циррозом печени по сравнению с аналогичным показателем у здоровых лиц группы сравнения. Степень повышения уровня интерлейкина-6 была прямо пропорциональна выраженности патологического процесса. Значение концентрации интерлейкина-6 в крови может быть использовано как дополнительный критерий оценки тяжести цирроза печени и портальной гипертензии.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, цитокины, интерлейкин-6.

INTERLEUKIN-6 AS AN INDICATOR OF SEVERITY OF LIVER CIRRHOSIS AND PORTAL HYPERTENSION

A. G. Skuratov, A. N. Lyzikov, E. V. Voropaev, O. V. Osipkina

Gomel State Medical University

Objective: to study the level of interleukin-6 in the blood of patients with liver cirrhosis and to identify the diagnostic significance of this parameter.

Material and methods. We have done the research among patients with chronic liver diseases (cirrhosis, chronic hepatitis, non-alcoholic fatty liver disease) and have determined the IL-6 level in the blood plasma in the patients and in healthy people of the control group.