

Киста большого сальника

В.П. Кочуков, А.А. Ложкевич, И.А. Ларченко, Е.Г. Островерхова,
И.Э. Попова, А.Л. Лозоватор, И.В. Бунин

ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Описано клиническое наблюдение кисты брюшной полости, исходящей из большого сальника. Диагноз поставлен на основании ультразвукового исследования и данных компьютерной томографии брюшной полости. При выполнении оперативного лечения предпочтение отдано малоинвазивным технологиям.

Ключевые слова: киста брюшной полости, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, лапароскопическая хирургия.

A clinical observation of an abdominal cyst protruding from the large omentum is presented in the article. This diagnosis was put due to ultrasound examination and CT of the abdominal cavity. A little-invasive technique has been chosen for surgical treatment of this pathology.

Key words: a cyst of the abdominal cavity, ultrasound examination, computerized tomography, laparoscopic surgery.

К экстрагенитальным новообразованиям, симулирующим опухоли внутренних гениталий и требующим дифференциальной диагностики, относят кисты большого сальника и брыжейки.

В сальнике встречаются доброкачественные и злокачественные опухоли. Чаще встречаются доброкачественные: кистомы, фибромы, липомы.

Истинные кисты большого сальника выстланы слоем эндотелия, свойственным кистозным лимфангиомам. Дермоидные кисты выстланы сквамозным эпителием и могут состоять из волос, зубов и жирового содержимого. Ложные кисты большого сальника могут быть результатом травмы с образованием гематомы.

Клинические проявления кист большого сальника во многом зависят от их размеров. Большие кисты могут выявляться при пальпации, особенно у пациентов с дефицитом массы тела. Осложненное течение кисты в виде перфорации, нагноение, проявляются клиникой перитонита либо абсцесса брюшной полости. В диагностике значительную помощь оказывают ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) брюшной полости, при этом визуализируется жидкостное образование, иногда содержащее перегородки. При КТ брюшной полости иногда можно четко сказать, откуда исходит киста.

Приводим клиническое наблюдение.

Б о л ь н а я Ж., 60 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на тяжесть в правом подреберье, тупые боли, возникающие при физической нагрузке. Со слов больной, появление вышеописанных симптомов отмечает в течение года. При проведении УЗИ и КТ брюшной полости выявлена киста брюшной полости, по данным КТ брюшной полости выявить, откуда исходит киста, не представляется возможным (варианты: из сальника, брыжейки тонкой кишки, забрюшинного пространства).

Больная госпитализирована в хирургическое отделение после полного амбулаторного обследования.

22.11.2011 г. под общим обезболиванием выполнено лапароскопическое удаление кисты брюшной полости. При ревизии выявлено, что сальник полностью покрывает кисту, осуществлена мобилизация кисты размером 6х4 см, исходящей из сальника. Произведено выделение кисты без нарушения ее целостности, сосудистая ножка клипирована дважды и пересечена. Киста погружена в

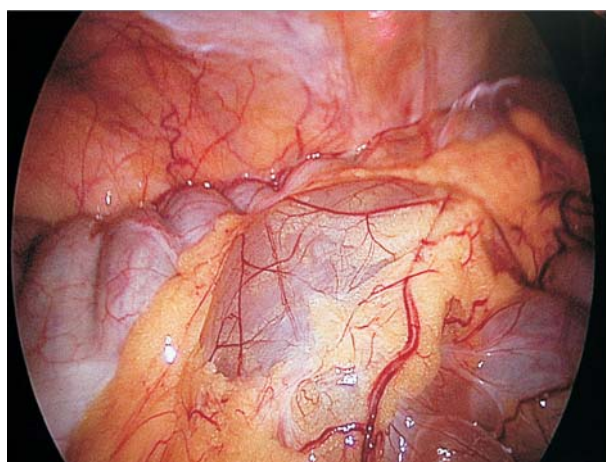


Рис 1. Общий вид кисты сальника.

контейнер, непосредственно в контейнере пунктирована, при этом отмечено светлое содержимое, и извлечена из брюшной полости через эпигастральный доступ. Брюшная полость дренирована (рис. 1–5).

На следующие сутки дренаж из брюшной полости удален. Послеоперационный период протекал без осложнений, антибактериальная терапия не проводилась. Швы сняты на 7-е сутки, пациентка в удовлетвори-

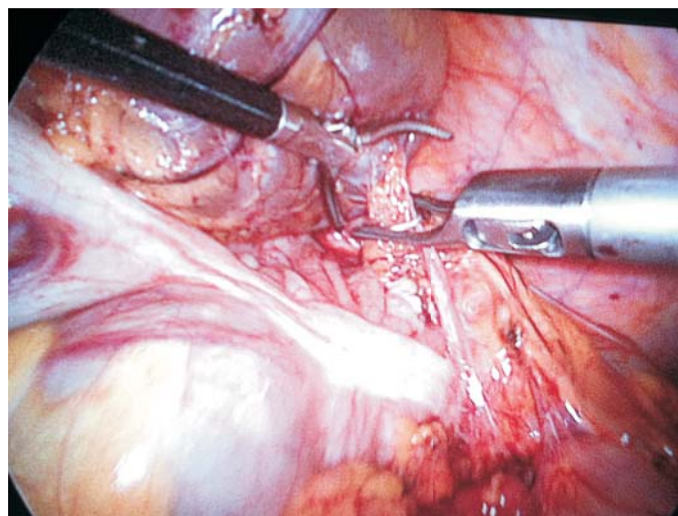


Рис 2. Мобилизация сосудистой ножки кисты.

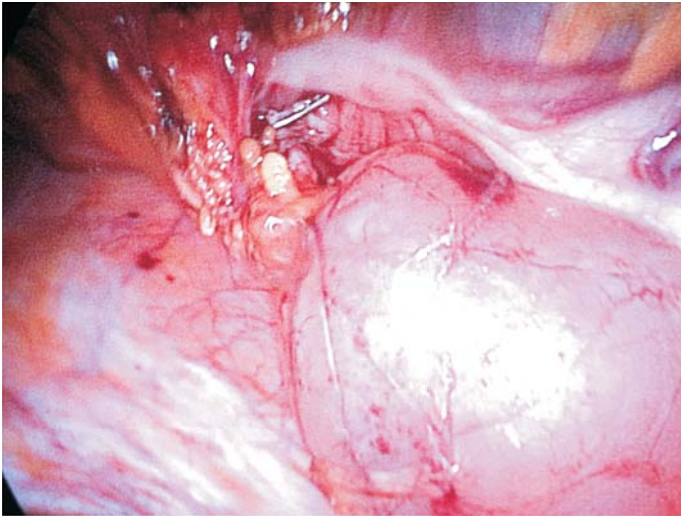


Рис 3. Киста полностью мобилизована.

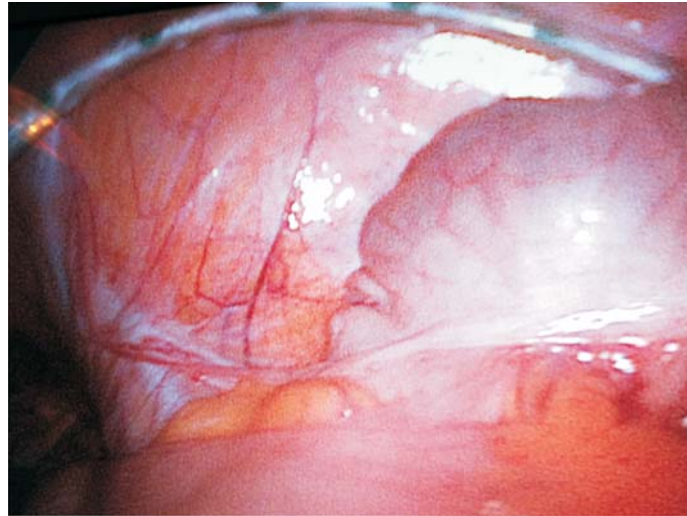


Рис 5. Дренажирование брюшной полости.

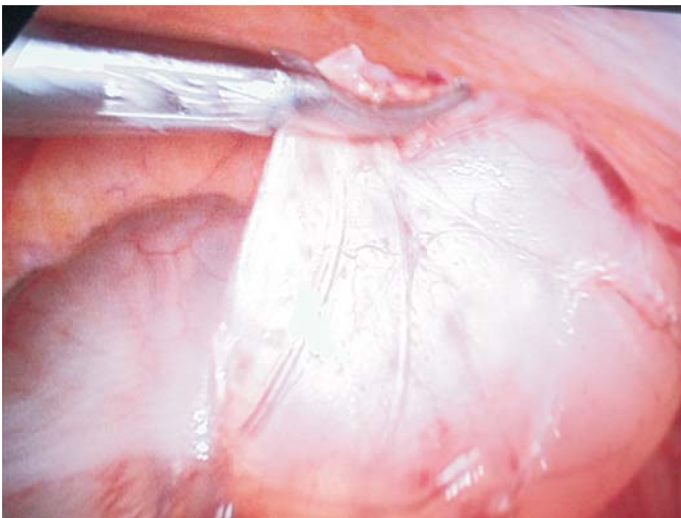


Рис 4. Содержимое кисты эвакуировано.

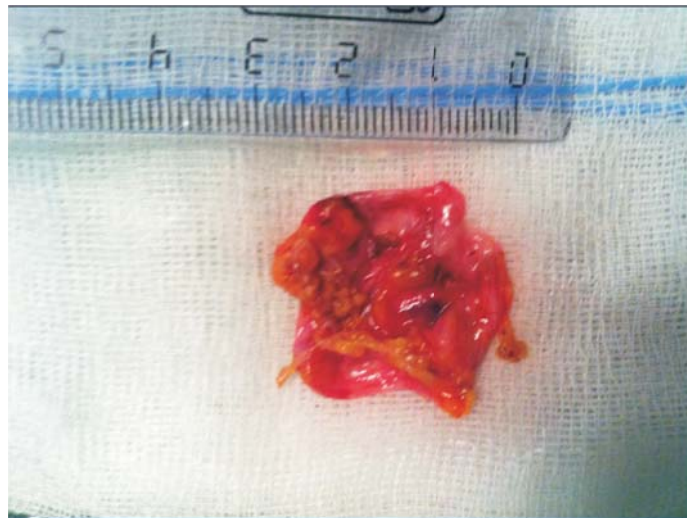


Рис 6. Макропрепарат кисты.

тельном состоянии выписана домой. При контрольном УЗИ брюшной полости в ложе удаленной кисты дополнительных образований не выявлено.

Гистологическое заключение от 22.11.2011 г.: макроописание – вскрытое кистозное образование размером 4×2×0,5 см, микроописание – мезотелиальная киста без признаков малигнизации (рис. 6).

Таким образом, приведенное клиническое наблюдение демонстрирует успешность использования малоинвазивных технологий в лечении непаразитарных кист брюшной полости.

Литература

1. Кургузов О.П., Кузнецов Н.А., Артюхина Е.Г. Кисты брыжейки кишечника: обзор// Хирургия. – 1991. – №2. – С. 148–154.
2. Петровский Б.В. //Хирургические болезни. М.: Медицина. 1980. – 581 с.