

УДК 616.053



БАЛАБАНОВА І.О.

Одеська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Одеса, Україна
Дитяча міська поліклініка № 7, м. Одеса, Україна

КІСТИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ДІТЕЙ: ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ (огляд літератури)

Резюме. У статті наведений літературний огляд проблеми сучасного стану діагностики та лікування кіст черевної порожнини в дітей.

Ключові слова: кісти черевної порожнини, діти, діагностика, лікування.

Кісти черевної порожнини в дітей набувають більшої актуальності у зв'язку з частотою виявлення в популяції. Донедавна кісти черевної порожнини в дітей були досить рідкісною патологією [14, 34, 51]. З кожним роком дане захворювання реєструється все частіше. Різноманітність клінічної картини або відсутність її проявів на початкових стадіях призводять до діагностичних помилок щодо пізнього встановлення діагнозу на догоспітальному етапі, що, у свою чергу, призводить до ускладнень, іноді досить тяжких. Тому питання діагностики та лікування кіст черевної порожнини у всіх вікових групах дотепер залишається одним із найбільш актуальних питань у дитячій хірургії [14, 34, 51, 52].

Кісти черевної порожнини в дітей — поняття, що об'єднує різноманітні за походженням, анатомічною будовою та локалізацією утворення. Дана патологія належить до рідкісної, частота її становить 1 : 20 000 (Ашкрафт К.У.) [2], може зустрічатися в будь-якому віці.

Усі кісти черевної порожнини в дітей класифікуються найбільше за анатомічними та етіологічними принципами. Розрізняють такі групи кіст (Куш Н.Л., 1983): 1) ті, що виникли в результаті пороку розвитку ембріональних проток: кіста загальної жовчної протоки; 2) виникли в результаті пороку розвитку органа: мезентеріальні, кісти печінки, кісти як наслідок подвоєння кишкової трубки, кісти сальника, селезінки, підшлункової залози та урогенітальні. Деякі з цих груп ще включають у себе різні за будовою кістозні утворення, що можуть бути непаразитарними, які, у свою чергу, поділяються на справжні (складаються зі спо-

лучної тканини, вистеленої ендотелієм або епітелієм, у порожнині міститься серозна рідина) і несправжні (не мають внутрішньої вистілки), а також паразитарні. Справжні кісти є вродженими і виникають у результаті порушення ембріогенезу. Несправжні кісти — набутими і виникають частіше після травм, інфекційних захворювань. За характером вмісту кісти поділяють на серозні, геморагічні та серозно-геморагічні. Кісти можуть бути поодинокими і множинними.

Таким чином, в основу даної класифікації покладено різні принципи (Куш Н.Л., 1983). На сьогодні немає єдиної класифікації кіст черевної порожнини, щоб урахувала всі основні нюанси захворювання. Відсутність у практичній роботі уніфікованої класифікації часто призводить до недооцінки стану тяжкості дитини хірургом, помилкової та неповноцінної тактики на етапах діагностики та лікування.

Походження мезентеріальних і сальникових кіст пов'язують з порушенням формування лімфатичної системи, зокрема з порушенням процесу з'єднання її з венозною системою, недостатністю лімфатичних

Адреса для листування з автором:
Балабанова Ірина Олександрівна
Дитяча міська поліклініка № 7
65007, м. Одеса, вул. Старопортофранківська, 46
E-mail: irisha.balabanova@gmail.com

© Балабанова І.О., 2016
© «Хірургія дитячого віку», 2016
© Заславський О.Ю., 2016

шунтів, локалізованою дегенерацією лімфатичних вузлів. Анатомічно кісти брижі можуть локалізуватися в будь-якій її частині, починаючи з дванадцятипалої кишки і закінчуючи прямою. Вони зустрічаються в 4–5 разів частіше, ніж кісти сальника (Куш Н.Л., 1983). У 60 % усіх випадків вони знаходяться в брижі тонкої кишки, у 24 % — у брижі товстої кишки та в 15 % — в заочеревинному просторі. Кісти сальника можуть локалізуватися в малому і великому сальнику. Вони бувають поодинокими та множинними і містять серозну, хильозну або геморагічну рідину [8, 27, 42, 47]. Ентерогенні кісти спостерігаються досить рідко [10, 16, 29]. Це вроджена аномалія, що може розвиватися в будь-якому відділі кишкового тракту, але найбільш часто в тонкому кишечнику. Вони локалізуються в самій стінці або прилягають до стінки будь-якої частини шлунково-кишкового тракту. Згідно з сучасними патогенетичними підходами, справжні кісти в печінці виникають з аберантних жовчних ходів, тобто під час ембріонального розвитку не відбувається підключення до системи жовчних шляхів окремих внутрішньочасточкових і міжчасточкових жовчних ходів; відсутність інволюції цих ходів є причиною розвитку кіст печінки [18, 25, 40, 46]. Причиною вродженого кістозного розширення загальної жовчної протоки є комплекс різних пороків жовчовивідних шляхів, а саме: аномальне панкреатодуоденальне співустя, порушення розвитку м'язового шару загальної жовчної протоки, хімічна та ензимна деструкції стінки холедоха при панкреатобіліарному рефлюксі [18, 21, 41, 43]. Поява вродженої кісти селезінки, підшлункової залози викликана порушенням ембріонального розвитку плода, у результаті якого утворюються неприродні порожнини [6, 7, 12, 19]. Паразитарні кісти, як правило, бувають викликані життєдіяльністю паразитичного черв'яка ехінокока [1, 38, 39, 53]. Кіста яєчника зустрічається в дівчат усіх вікових груп, включаючи новонароджених, і навіть у плода [3–5, 48]. Вроджені та набуті кісти і кістоми яєчника становлять собою пухлиноподібні утворення, що мають оболонку і виникають в результаті скупчення рідини в кістозно зміненому фолікулі. За даними Н.Л. Куша, кісти (фолікулярна, параоваріальна, шоколадна та лютеїнова) яєчника у структурі всіх пухлиноподібних утворень становлять 25,5 %, а кістоми — 24,4 % (Куш Н.Л., 1983).

Діагностика кіст у дітей становить значні труднощі і принципово залежить від ускладнень та їх характеру [11, 14]. Усі вроджені та набуті (паразитарні та травматичні) кісти черевної порожнини в дітей клінічно супроводжуються синдромом пальпованої пухлини (Хамраєв А.Ж., 2006). У цієї категорії хворих домінуючими симптомами є наявність пухлини в черевній порожнині, симетричні й асиметричні збільшення конфігурації живота. Больовий синдром на початковому етапі захворювання не характерний. Болі можуть з'являтися в тих випадках, коли виникають ускладнення первинного захворювання. Клінічна картина різних за своєю первинною локалізацією кіст черевної порожнини іноді виявляється подібною (біль у животі, диспептичні розлади), але є й

істотні відмінності (розширення вен передньої черевної стінки, зниження частоти пульсу, болі в грудній порожнині, кашель, задуха, болі як при нирковій коліці, астеновегетативний та інтоксикаційний синдром). У деяких випадках захворювання перебігає безсимптомно і виявляється як випадкова знахідка під час оперативного втручання. Яскрава клінічна картина відмічається при появі симптомів ускладнень, у результаті чого виникає клініка гострого апендициту, перитоніту, кишкової непрохідності, кишкової кровотечі.

Діагностична та лікувальна (хірургічна) тактика значною мірою визначаються локалізацією та походженням кісти, а також характером ускладнень, що виникли.

Сучасна діагностика має великий набір різних методів дослідження [14, 52]. Інформативність різних методик при розпізнаванні об'ємних утворень черевної порожнини нерівнозначна, що необхідно враховувати при визначенні показань і протипоказань до тієї чи іншої методики дослідження, а також визначенні алгоритму обстеження. В основу діагностичного пошуку покладено принцип від неінвазивного та високочутливого до складного та високоспецифічного. Проблема діагностики та лікувально-тактичних критеріїв при об'ємних утвореннях черевної порожнини залишається невирішеною.

Для діагностики кіст черевної порожнини використовуються: анамнез, огляд, пальпація, перкусія, аускультация, оглядова рентгенографія черевної порожнини, іригографія, пасаж шлунково-кишкового тракту, ультразвукова діагностика органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія, екскреторна урографія, пневмоперитонеум, магнітно-резонансна томографія, діагностична лапароскопія [11, 12].

Проводиться лабораторна діагностика: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, серологічні реакції гемаглютинації та непрямой гемаглютинації (для диференціальної діагностики з паразитарними кістами).

Оглядова рентгенографія черевної порожнини показує зниження газонаповнення кишок, гомогенне затемнення, що зміщує кишечник (Тихонов Е.В., Куш Н.Л.). Ультразвукова діагностика має високу діагностичну точність (до 80 %) при кістах черевної порожнини: визначаються локалізація, розміри, наявність багатокамерності, ехогенність вмісту, відношення до прилеглих органів [52]. Комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія дозволяє із великою точністю оцінити топіку утворення, його структуру, відношення до прилеглих органів (Тихонов Е.В., 2010).

Для діагностики кісти загальної жовчної протоки використовують: лабораторні обстеження (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові); ультразвукову діагностику (розміри, тип кістозного утворення, структура внутрішньопечінкових жовчних ходів, наявність холелітіазу); оглядову рентгенографію органів черевної порожнини: у правому підбер'ї гомогенна інтенсивна тінь округлої форми; комп'ютерну томографію з контрастуванням кишечника; магнітно-резонансну томографію; ретроградну холецистохолангіографію;

черезшкірну пункційну холангіографію під контролем ультразвукової діагностики; інтраопераційну холангіографію; радіонуклідне дослідження з технецієм (збільшення накопичення радіофармпрепаратів у протоці); лапароскопію.

Для додаткової діагностики кіст печінки використовують радіонуклідні дослідження [31, 34]: а) визначення поглинально-екскреторної функції є одним із вірогідних методів виявлення порушення функціонального стану печінки; б) сканування виявляє розміри печінки та дефекти накопичення радіонукліду в ній, а сцинтиграфічне дослідження вогнищевих утворень печінки в діаметрі до 5 см є малоінформативним через перекриття їх зображення інтенсивними сигналами від розташованої вище і нижче нормальної паренхіми. Діагностична інформативність сканування — до 61 % (Третьяк С.І., Дружинін В.І.). Реогепатографія в діагностичних можливостях осередкової патології печінки обмежена. Тому для цих цілей вона практично не застосовується.

Останнім часом особливої актуальності в діагностиці кіст черевної порожнини набуває діагностична лапароскопія [31, 41]. Наприклад, лапароскопія, особливо сучасна ендовідеолапароскопія із застосуванням інструментальної пальпації і маніпуляторів, є вірогідним, але інвазивним методом дослідження. Показанням є неможливість встановлення діагнозу після застосування консервативних методів обстеження. За допомогою лапароскопії вдається визначити характер пухлиноподібного утворення, локалізацію, відношення з оточуючими органами і тканинами, а також провести пальпацію інструментами, що дає також додаткову інформацію.

Несвоєчасна діагностика призводить до тяжких ускладнень: розриву, запалення з перфорацією, нагноєння, перекруту ніжки кісти, що спричиняє появу симптомів гострого живота, завороту кишок, інвагінації, кишкової непрохідності [14, 23].

Лікування кіст черевної порожнини оперативне [11, 17, 32, 36, 37]. У зв'язку з тим, що самовилікування кіст не відбувається, а консервативне лікування практично не є ефективним, тому цій категорії хворим показано хірургічне лікування [31, 33, 38]. Обсяг оперативного втручання повинен визначатися в кожному випадку строго індивідуально з урахуванням насамперед стану хворого, анатомічного розташування, кількості, локалізації, залучення в процес сусідніх органів і ускладнень, що розвинулися. При випадковому виявленні кіст під час операції з приводу іншого захворювання обсяг оперативного втручання обирається індивідуально. Методи різноманітні: дренування, видалення, резекція частини кісти, резекція частини органа, енуклеація, марсупіалізація, резекція прилеглого відрізка кишки разом із кістою і накладення анастомозу кінець у кінець, за потреби — з виведенням стоми.

Висновки

Труднощі діагностики кіст черевної порожнини, відсутність чітких, надійних і доступних для широкого практичного використання критеріїв у визначенні

стадії захворювання, різні підходи до методів лікування свідчать про актуальність цієї проблеми [14, 34]. У зв'язку з тим, що на сьогодні частота виявлення кіст черевної порожнини зростає [15, 39], це потребує більшої уваги з боку хірургів для подальшої більш детальної діагностики та розробки на майбутнє єдиного плану діагностики та лікування.

Список літератури

1. Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Мельцин И.И., Коваленко А.А. Диагностика эхинококкоза у детей на современном этапе // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. — 2014. — Т. IV, № 2. — С. 30-36.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. *Детская хирургия*. — СПб.: ООО «Раритет М», 1999. — 400 с.
3. Бачалдин С.Л., Рыжавская И.Б. Морфологическая характеристика кист в яичниках детей первого года жизни // *Дальневосточный медицинский журнал*. — 2006. — № 2. — С. 60-62.
4. Веропотвелян Н.П., Бондаренко А.А., Смородская Е.П., Рубан Н.К. Пренатальная аспирация большой осложненной кисты яичника у плода // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. — 2012. — № 6/7. — С. 18-24.
5. Веропотвелян Н.П. Кисты яичника у плода: пренатальная диагностика и тактика ведения // *Жіночий лікар*. — 2012. — № 1. — С. 5-7.
6. Врублевский С.Г., Трунов В.О., Коробко Л.М., Брилинг С.Р., Голованев Ю.Б., Поддубный Г.С., Сулаво Я.П. Лечение ребенка с кистозным образованием поджелудочной железы // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. — 2012. — Т. II, № 3. — С. 30-33.
7. Врублевский С.Г., Трунов В.О., Мордвин П.А., Брилинг С.Р. и др. Клинический случай кисты поджелудочной железы у ребенка 12 лет // *Детская хирургия*. — 2014. — № 3. — С. 53-56.
8. Грона В.Н., Тейшейра Ж., Литовка В.К., Латышов К.В. Кисты большого сальника у детей // *Мат-ли I Міжнар. наук.-практ. конф. «Європейська наука XXI століття: Стратегія і перспективи розвитку — 2006»*. — Т. 4. — Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2006. — С. 14-17.
9. Гусев А.А., Михалев И.А., Рехвиашвили М.Г., Шишкина Т.Н., Талапаев А.Г. Оперативное лечение ребенка с удвоением восходящей ободочной кишки // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. — 2014. — Т. IV, № 3. — С. 28-32.
10. Журило И.П., Фоменко С.А., Литовка В.К., Перунский В.П., Лепихов П.А., Гунькин А.Ю. Редкие варианты удвоения пищеварительного тракта у детей // *Вестник неотложной и восстановительной медицины*. — 2011. — № 2. — С. 177-182.
11. Запорожченко А.Г., Бондарюк И.П., Журило А.М. и др. Современное состояние эндоскопической хирургии у детей и перспективы ее развития // *Украинский журнал хирургии*. — 2012. — № 2(17). — С. 26-29.
12. Каримов И.В. Малоинвазивные методы лечения доброкачественных объемных образований селезенки у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук. — 2010. — 90 с.

13. Ксьонз І.В. Малоінвазивна хірургія кістозних утворень селезінки у дітей // *Хірургія дитячого віку*. — 2011. — № 1(30). — С. 44-46.
14. Куц Н.Л. Кисты и кистоподобные образования у детей. — СПб., 1983. — С. 40-89.
15. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. — М.: Медицина, 1999. — С. 122-127.
16. Малищук В.Д., Шкарупа В.Л., Овсійчук Т.П., Гаврилюк Ф.О. Подвоєння шлунку у дітей // *Хірургія дитячого віку*. — 2010. — № 4(29). — С. 47-49.
17. Маннанов А.Г. Эндоскопическая хирургия непаразитарных кист селезенки у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук. — 2004. — 56 с.
18. Машков А.Е., Цуман В.Г., Щербина В.И. Хирургическое лечение кист общего желчного протока у детей // *Детская хирургия*. — 2013. — № 1. — С. 24-28.
19. Поляев Ю.А., Гарбузов Р.В., Мыльников А.А., Голенцев А.И. и др. Малоинвазивные методы лечения патологии селезенки у детей // *Диагностическая интервенционная радиология*. — 2009. — Т. 3, № 1. — С. 29-38.
20. Поляев Ю.А., Исаева М.В., Степанов А.Э., Фокин Н.В. и др. Малоинвазивные методы лечения непаразитарных кист селезенки у детей // *Детская хирургия*. — 2009. — № 3. — С. 13-16.
21. Притула В.П. Реконструктивно-пластические вмешательства при кистах желчных путей у детей // *Хірургія дитячого віку*. — 2014. — № 3-4. — С. 6-11.
22. Притула В.П. Хірургічне лікування дітей з кістами печінки // *Хірургія дитячого віку*. — 2014. — № 1-2. — С. 14-19.
23. Разумовский А.Ю., Смирнов А.И., Маннанов А.Г. Комбинированное лечение осложнившейся аррозивным кровотечением кисты поджелудочной железы // *Детская хирургия*. — 2013. — № 5. — С. 20-23.
24. Рибальченко В.Ф., Урін О.М., Колташ Б.В. та ін. Подвоєння травного каналу у дітей // *Хірургія дитячого віку*. — 2011. — № 4(33). — С. 53-55.
25. Русак П.С. Перфорация недиагностированной кисты заглавной жовчної протоки з розвитком перитоніту // *Хірургія дитячого віку*. — 2013. — № 4. — С. 70-74.
26. Русак П.С., Толстанов О.К., Пліщук В.Т., Рибальченко В.Ф., Степанов М.П. Закрита травма органів черевної порожнини: травматичний розрив ехінококкової кисти із жовчною норцею правої частки печінки, розрив печінки, дифузний жовчний перитоніт у хворого 15 років // *Хірургія дитячого віку*. — 2013. — № 3. — С. 81-85.
27. Савчук М.О., Савчук О.Б. Врожденные кисты сальника у детей // *Детская хирургия*. — 2007. — № 2. — С. 50-51.
28. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. Эндохирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени у детей // *Детская хирургия*. — 2015. — № 3. — С. 9-12.
29. Соловьев А.Е., Мариев Г.С. Удвоение желудка у детей // *Хірургія дитячого віку*. — 2014. — № 1-2. — С. 70-72.
30. Тихонов Е.В. Рентгеновская компьютерная томография в комплексной лучевой диагностике эхинококкоза различной локализации: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2010. — 26 с.
31. Третьяк С.И., Дружинин В.И. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени / Белорусский государственный медицинский университет.
32. Ускова Н.Г. Лапароскопические операции при пороках развития желчевыводящих путей у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук. — 2014. — 99 с.
33. Ускова Н.Г., Разумовский А.Ю. Лапароскопические операции при кистах общего желчного протока у детей // *Детская хирургия*. — 2012. — № 4. — С. 45-48.
34. Хамраев А.Ж. Синдром пальпируемой опухоли брюшной полости у детей: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — 2006. — 53 с.
35. Холостова В.В. Удвоения желудочно-кишечного тракта // *Детская хирургия: Национальное руководство*. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 375-379.
36. Чернов А.В., Рыбась С.М., Ніконенко О.В. та ін. Холодоходуоденоанастомоз з антирефлюксним захистом як метод оперативного лікування кисти холедоха у дитини 8 місяців // *Хірургія дитячого віку*. — 2011. — № 2. — С. 73-74.
37. Чернов А.В., Рыбась С.Н., Ніколенко А.В. и др. Применение нового способа формирования антирефлюксных билиодигестивных анастомозов в комплексном лечении больных с кистой холедоха // *Хірургія дитячого віку*. — 2013. — № 2. — С. 81-84.
38. Шамсиев Ж.А., Петлах В.И. Хирургическое лечение эхинококковых кист печени у детей // *Врач*. — 2011. — № 8. — С. 45-47.
39. Шангареева Р.Х. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени и легких у детей: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — 2013. — 48 с.
40. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А., Эргашев Ш.Н. Выбор хирургической тактики и способа операции при кистозных трансформациях внепеченочных желчных протоков у детей // *Детская хирургия*. — 2012. — № 3. — С. 9-12.
41. Aspeland G., Ling S.C., Kim P.C. Arole for laparoscopic approach in the treatment of biliary atresia and choledochal cysts // *Journal Pediatric Surgeon*. — 2007. — Vol. 42. — P. 869-872.
42. Bassiouny I., Abbas T. Omental cysts in children: Rare causes of abdominal masses (a report of two cases) // *Journal of Pediatrics*. — 2013 December. — Vol. 3, № 4. — P. 418-421.
43. Broadis G., Bradnock T.J., MacKinlay G.A. et al. Laparoscopic assisted excision of choledochal cyst a single centre experience // *IPEG's 20th Annual Congress for Endosurgery in Children, May 3-7. — Prague, 2011. — P. 69-70.*
44. Cho M.J., Hwang S., Lee Y.J. et al. Surgical Experience of 204 Cases of Adult Choledochal Cyst Disease over 14 Years // *World J. Surgery*. — 2011. — Vol. 35, № 5. — P. 1094-1102.
45. Fujishiro J., Kaneko M., Urita Y., Hoshino N., Jinbo T., Sakamoto N., Suzuki H., Komuro H. Enteric duplication cyst of the pancreas with duplicated pancreatic duct // *J. Pediatr. Surg.* — 2011. — Vol. 46, № 8. — P. 13-16.
46. Howard E.R. Choledochal cysts // *Surgery of liver disease in children / Ed. by Howard E.R. — Oxford: Butterworth Heinemann, 1991. — P. 78-90.*
47. Ibrahim E. Bassiouny, Tariq O. Abbas Omental cysts in children: Rare causes of abdominal masses (a report of two cases) // *Journal of Pediatrics*. — 2013. — № 3. — 418-421.
48. Madhumita Mukhopadhyay, Ram Mohan Shukla, Biswanath Mukhopadhyay. Ovarian cysts and tumors in in-

fancy and childhood // Journal Indian Assoc. Pediatric. Surgeons. — 2013 Jan — Mar. — V. 18(1). — 16-19.

49. Makin E., Harrison P., Patel S. Davenport M. Pancreatic pseudocysts in children: Treatment by endoscopic cystgastrostomy // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2012, Mar 29.

50. Moro P., Schantz P.M. Cystic echinococcosis in the Americas // *Parasitology International.* — 2006. — Vol. 55. — P. 181-186.

51. Newlin Hastings and William J. Norris. Unusual Abdominal Cysts in Infants and Children // *Western journal of medicine.* — 1954. — № 81(2). — P. 84-86.

52. Shashi H. Ranganath., Edward Y. Lee and Ronald L. Eisenberg Focal Cystic Abdominal Masses in Pediatric Pa-

tients // *American Journal Roentgenology.* — 2012. — Vol. 199, № 1. — P. 1-16.

53. Stojkovic M., Rosenberger K., Kauczor H.U., Jung-hans T., Hosch W. Diagnosing and staging of cystic echinococcosis: how do CT and MRI perform in comparison to ultrasound? // *PLoS Negl. Trop. Dis.* — 2012. — Vol. 6, № 10. — 1880.

54. Yoder S.M., Rothenberg S., Tsao K., Wulkan M.L., Ponsky T.A., St Peter S. D., Ostlie D.J., Kane T.D. Laparoscopic treatment of pancreatic pseudocysts in children // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.* — 2009. — Vol. 19 (Suppl. 1). — P. 37-40.

Отримано 22.01.16 ■

Балабанова И.А.

Одесская областная детская клиническая больница, г. Одесса, Украина

Одесская детская городская поликлиника № 7, г. Одесса, Украина

КИСТЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (обзор литературы)

Резюме. В статье представлен литературный обзор проблемы современного состояния диагностики и лечения кист брюшной полости у детей.

Ключевые слова: кисты брюшной полости, дети, диагностика, лечение.

Balabanova I.O.

Odessa Regional Pediatric Clinical Hospital, Odessa, Ukraine

Children's Municipal Outpatient Department № 7, Odessa, Ukraine

ABDOMINAL CYSTS IN CHILDREN: PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT (Literature Review)

Summary. The article presents a literature review on the problem of current state of the diagnosis and treatment for abdominal cysts in children.

Key words: abdominal cysts, children, diagnosis, treatment.