

ГИГАНТСКАЯ КИСТА СЕЛЕЗЕНКИ

Язепчик А.Н., Трубкин И.В., Кучинский А.О., Яровский О.И.

УЗ «Бобруйская городская больница скорой медицинской помощи имени В.О. Морзона», г. Бобруйск, Республика Беларусь

Введение. Киста селезенки представляет собой патологическое полостное образование, содержащее жидкостной компонент. Кисты селезенки встречаются у 0,5-1% населения, преимущественно у женщин в возрасте 35-55 лет. Различают 3 основных вида кисты селезенки: паразитарные, истинные и ложные. Последние формируются как следствие реакции тканей органа на воспалительный процесс, причиной которого чаще всего являются травмы, а также острые расстройства кровообращения в селезенке. В большинстве случаев кисты не достигают значительных размеров и обнаруживаются случайно при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости. Клиническая манифестация более характерна для кист с осложненным течением (разрыв, нагноение).

Виды кист селезенки: По общепринятой классификации кисты селезенки делят на две большие группы – паразитарные и непаразитарные. Непаразитарные образования могут классифицироваться по типу внутреннего содержимого на: - лимфатические, полость которых заполнена лимфой; - смешанные: внутри наблюдаются разные типы жидкостей; - геморрагические, в которых присутствует кровь или ее сгустки; - серозные: заполнены прозрачной жидкостью с высоким содержанием белка.

По расположению кистозные образования могут находиться в области верхнего и нижнего полюса органа, а также его средней части. Следует учитывать, что при любом расположении патологическая структура может находиться как в толще селезеночной ткани (интрапаренхиматозное расположение), так и поражать лишь наружную часть паренхимы (подкапсульное расположение).

Цель. Ознакомить практикующих хирургов данным клиническим случаем гигантской кисты селезенки.

Материал и методы. Случай лечения пациента Е. 40лет, который находился с 28.03.2023 по 11.04.2023 на лечении в хирургическом отделении УЗ «Бобруйская городская больница скорой медицинской помощи имени В.О. Морзона».

Результаты и обсуждение. Пациент Е. 40лет, направлен терапевтом УЗ «БГП № 4» с диагнозом: киста селезенки в УЗ «БГБ СМП им. В.О. Морзона» 28.03.2023 с жалобами на боли в левом подреберье. Данные жалобы беспокоят около 3-х недель. 23.03.2023 выполнена КТ ОБП в УЗ «БМОД», выявлена гигантская киста селезенки. КТ ОБП от 23.03.2023: Базальные отделы легких не изменены. Печень, желчный пузырь без видимой анатомо-структурной патологии. Желудок объемно уменьшен, оттеснен вправо, подавлен извне. Основной массив паренхимы селезенки ротирован кпереди. Ворота, сохраняя

типичную внутреннюю архитектуру, ориентированы к передней поверхности тела позвонка и -скелетотопически- непосредственно расположены на уровне L2. Из ткани селезенки исходит несколько неомогенная, слегка волнистая по внешнему контуру за счет слияния отдельных полостей с псевдокапсулой из истонченной в зоне контакта ткани селезенки киста 18x20x15см. Поджелудочная железа без структурной патологии. Надпочечники не изменены. Левая почка занимает вынужденное положение, левые почечные сосуды удлинены, лоханка ротирована, мочеточник без деформации, в паренхиме левой почки субкортикальный фрагмент глыбчатого обызвествления суммарно до 1.4 см. В обеих почках уплотнение вершин пирамид, нежная их кальцификация - картина умеренной нефропатии (нарушения обмена, признак длительного субкомпенсированного метаболического дисбаланса), положение почки справа типично. Петли кишечника в левой половине брюшной полости раздвинуты. Забрюшинная клетчатка интактна. Л/узлы не увеличены. Асцита нет. Патологической перестройки скелета нет. Заключение: гигантская киста селезенки. В анамнезе у пациента удаление щитовидной железы по поводу с-г щитовидной железы в 2015г., принимает L-тироксин 150 мг 1т утром; аппендэктомия. По данным УЗИ ОБП, со слов пациента, с 2015 года выявлена киста селезенки. Госпитализирован в хирургическое отделение, назначен план лечения и обследования. При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розовые, дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин, ЧСС 74уд/мин, АД 120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, ассиметричен за счет объемного образования в левом подреберье, при пальпации болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул, диурез в норме. Общий анализ крови 28.03.2023: Нв = 143 г/л; ег = 5,0 * 10¹²/л; leу = 5,0 x 10⁹/л; пя = 5%; ся = 57%; л = 34%; м = 4%. Общий анализ мочи 28.03.2023: белок – нет; leу = 1-2 в п/з; ег – 15-18. Б/х анализ крови 28.03.2023: α – амилаза = 115 ед; билирубин общий = 12,8 мкмоль/л; АсАТ = 124 Е/л; АлАТ = 88 Е/л; о/белок 53 г/л, мочевины 15,3 ммоль/л, креатинин 167 мкмоль/л. Коагулограмма 28.03.2023: АЧТВ 27,4 сек., ПВ 12,2 сек. Общий анализ крови 10.04.2023: Нв = 144 г/л; ег = 5,16 * 10¹²/л; leу = 15,6 x 10⁹/л; э = 3%; пя = 12%; ся = 63%; л = 15%; м = 7%. Общий анализ мочи 10.04.2023: белок – нет; leу = 1-2 в п/з; ег – нет. Б/х анализ крови 10.04.2023: билирубин общий = 14,2 мкмоль/л; АсАТ = 25 Е/л; АлАТ = 23 Е/л; глюкоза крови – 4,87 ммоль/л, о/белок 69 г/л, мочевины 4,9 ммоль/л, креатинин 122 мкмоль/л. УЗИ ОБП от 28.03.2023: печень КВР 150 мм, нормальных размеров, контуры ровные, капсула дифференцируется, эхоструктура однородная, эхогенность паренхимы нормальная. Воротная вена 9 мм. Брюшная аорта 18 мм. Сосудистый рисунок обычный. Желчный пузырь размерами 75x20 мм (после приема пищи). Общий желчный проток 4 мм, нормальных размеров. Внутривенные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа: головка 23 мм, тело 18 мм, хвост 19 мм, нормальных размеров, контуры ровные, четкие, эхоструктура однородная, эхогенность нормальная. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка нормальных размеров

92x34 мм; в проекции селезенки определяется жидкостное образование округлой формы 185x180x195 мм с неоднородным содержимым; при ЦДК кровотоков не определяется; фрагменты селезеночной ткани по наружному контуру жидкостного образования. На момент осмотра свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Почки: правая 95x40 мм, толщина паренхимы 13 мм, контуры ровные, положение правильное; левая 105x45 мм, толщина паренхимы 16 мм, контуры ровные, положение неправильное. Эхогенность паренхимы нормальная с обеих сторон. ЧЛС не расширена, в паренхиме левой почки определяется кальцинат до 14 мм по длине. Заключение: учитывая данные КТ ОБП от 23.03.2023, гигантская киста селезенки. Кальцинат в паренхиме левой почки. УЗИ ОБП от 11.04.2023: Селезенка не определяется (спленэктомия); на момент осмотра в проекции ложа селезенки видимых объемных образований не определяется. На момент осмотра свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Выставлен диагноз: гигантская киста селезенки. После предоперационной подготовки под ЭТН 30.03.2023 выполнена операция: лапаротомия, спленэктомия с удалением кисты, дренирование брюшной полости. Верхняя срединная лапаротомия. Выпота нет, взят мазок на бак. посев. При ревизии печень обычных размеров и строения, желудок, тонкий и толстый кишечник без видимой патологии. В левом подреберье и по левому боковому каналу определяется кистозное, в капсуле, жидкостное образование размерами 20x18x19 см, исходящее из верхнего полюса селезенки, плотно спаянное с селезенкой. Селезенка 12x10x5 см, отделить кисту от ткани селезенки не представляется возможным. Решено произвести спленэктомию вместе с кистой. Лапаротомия расширена книзу. Порционно на зажимах пересечена и перевязана селезеночная артерия и вена, короткие артерии. Гемостаз. Удалена селезенка вместе с кистой единым блоком. Поджелудочная железа обычных размеров и строения, желчный пузырь синюшного цвета, пальпаторно конкрементов нет. Другой патологии не выявлено. Макропрепарат: селезенка 12x10x5 см с кистозным образованием в капсуле 20 см в диаметре, весом 3 кг. Гистология. Послеоперационный диагноз: гигантская киста селезенки. Патогистологическое исследование № 18149-52, 18153-56 от 07.04.2023: простая серозная киста селезенки больших размеров. Послеоперационный период протекал без особенностей. В послеоперационный период пациент получал антибиотики, спазмолитики, обезболивание, инфузионную терапию, перевязки. Клинико-микробиологическое исследование содержимого полости абсцесса показало отсутствие роста аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов. Пациент осмотрен через 2 недели – жалоб не предъявляет, по данным УЗИ ОБП объемных образований нет.

Выводы. Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью встречающейся патологией селезенки, а также демонстрирует возможность одномоментного удаления гигантской кисты селезенки без предварительного применения пункционных методов лечения.