

ХИРУРГИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

***Аверин В.И., **Свирский А.А., **Махлин А.М.**

**УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*

***ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,*

Минск, Беларусь

averinvi@mail.ru, alex_svirsky.58@mail.ru, makhlin2001@mail.ru

В статье представлены результаты лечения 72 пациентов с доброкачественными образованиями селезёнки в ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии» за период с 2001 по 2021гг. У 67 детей выявлены непаразитарные кисты, у 4 – лимфангиома и у 1 – гемангиома. Из них 35 девочек и 37 мальчиков, в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст 11,8). У всех были выполнены различные органосохраняющие операции.

Ключевые слова: *дети, селезенка, доброкачественные образования, органосохраняющие операции.*

SURGERY OF BENIGN SPLEEN LESIONS IN CHILDREN

***Averin V. I., **Svirsky A.A., **Makhlin A.M.**

**Belarusian State Medical University,*

***Republican Scientific and Practical Center of Pediatric Surgery*

Minsk, Belarus

The article presents the results of treatment of 72 patients with benign spleen lesions in Republican Scientific and Practical Center of Pediatric Surgery in period from 2001 to 2021y. Nonparasitic cysts were found in 67 children, lymphangiomas in 4 and hemangioma in 1. There were 35 girls and 37 boys in the ages between 7 and 17 years (mean age 11.8). All of them underwent various organ-preserving surgeries.

Key words: *children, spleen, benign formations, organ-preserving operations.*

Введение. Непаразитарные образования селезёнки составляют 0,5 - 2 % от всех её заболеваний [1]. Известно, что кисты чаще всего встречаются у взрослых в возрасте 20 - 50 лет. При этом мужчины заболевают в 4 раза реже женщин. В то же время заболевание не обходит стороной и детей, о чем свидетельствуют публикации в периодической печати [2, 3, 4, 5, 6]. Тем более, что в настоящее время для диагностики применяются такие высокоинформативные методы, как ультразвуковое сканирование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ).

Существующие классификации предусматривают распределение непаразитарных кист по происхождению, гистогенезу, характеру содержимого. Различают первичные или истинные кисты, выстланные эндотелием, и вторичные или ложные, кисты, лишенные эндотелиальной выстилки.

Среди первичных кистозных образований выделяют врождённые кисты, образующиеся в эмбриональном периоде вследствие миграции перитонеальных клеток в ткань селезёнки, опухолевые (кистозные лимфо - и гемангиомы), дермоидные и эпидермоидные [7]. В зависимости от локализации и бассейна васкуляризации авторы [5] выделяют 4 клинико-морфологических варианта кист селезенки – верхний, средний, нижний сегменты органа и область ворот

селезенки. А в зависимости от объема содержимого кисты они выделяют: малая (до 50 мл), средняя (50–150 мл), большая (150–300 мл) и гигантская (свыше 300 мл) объемы полости кисты.

В настоящее время при наличии кист селезенки у детей разрабатываются и чаще всего применяются малоинвазивные и органосохраняющие операции [4, 5, 8].

Цель исследования: разработать и внедрить органосохраняющие операции на селезенке у детей.

Материал и методы. В РНПЦ детской хирургии с 2001 по май 2021 г. находилось на лечении 72 пациента с доброкачественными образованиями селезенки (67 – с непаразитарными кистами, 4 – с лимфангиомой и 1 – с гемангиомой). Из них 35 девочек и 37 мальчиков, в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст 11,8). У 47 из них образования располагались в верхнем, у 10 в среднем, у 6 в нижнем полюсе и у 9 был поражен верхний полюс и средний сегмент селезенки. Истинные кисты выявлены у 32 пациентов, ложные у – 35.

Результаты и обсуждение. Доброкачественные образования селезенки не имеют патогномичной клинической картины. Их отличительной особенностью является медленный рост, который и обуславливает длительное, бессимптомное течение заболевания. Первые его признаки появляются лишь тогда, когда кисты достигают больших размеров. С этого момента пациенты начинают испытывать боли и чувство тяжести в левом подреберье, связанные с растяжением капсулы и связочного аппарата селезенки.

У 58 пациентов кисты были выявлены случайно при плановом УЗИ. У одной девочки было нагноение кисты с лихорадкой до 39°, слабостью и болью в левом подреберье. У 7 детей были жалобы на периодические боли в животе, усиливающиеся при физической нагрузке и у 6 – при осмотре выявлена асимметрия живота за счет выбухания в левом подреберье, здесь же пальпировалось безболезненное опухолевидное образование плотноэластической консистенции. В процессе обследования, в последние годы, всем пациентам выполняли анализ на эхинококкоз (32 ребенка).

Из косоого лапаротомного доступа в левом подреберье в нашей клинике выполнены: резекция верхнего полюса селезенки с кистой у 6 детей, резекция верхнего полюса и среднего сегмента с кистой у 6 и у 2 – энуклеация кисты. Раневую поверхность селезенки у 2 прикрывали пластинами «Тахокомба». Лапароскопически оперировано 58 пациентов. Из них у 1 – энуклеация кисты, у 38 – резекция полюса селезенки с кистой и у 19 – иссечение оболочек кисты по границе с тканью селезенки, с последующей обработкой внутренней выстилки биполярной коагуляцией. У одного ребенка была выполнена симультанная лапароскопическая холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. После всех операций ставили дренаж к селезенке, который удаляли на вторые сутки. У 2 больных перед операцией кисты лечились путём пункции с последующим введением 70% спирта (1 ребёнок) и этоксисклерола (1 ребёнок), что в последующем привело к рецидиву заболевания. Послеоперационный период осложнился у одного ребенка 16 летнего возраста проксимальным парезом левой верхней конечности вследствие компрессионно-ишемической плексопатии. Это потребовало перевода пациента в медицинский

реабилитационный центр. У остальных пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Кисты до 4 см. в диаметре не оперируем. Эти дети находятся у нас под наблюдением с периодическим, раз в 6 месяцев, контрольным УЗИ.

Выводы.

1. Кисты селезенки в большинстве случаев протекают бессимптомно и выявляются случайно при выполнении УЗИ. По нашим данным у 80,5% пациентов.

2. В настоящее время диагностика кист селезенки не представляет трудностей.

3. Органосохраняющие операции с применением лапароскопии являются методом выбора в лечении кист селезенки.

Список литературы

1. Габай АВ, Гаврюшов ВВ. Хирургия селезенки у детей.-М., 1969.-121 с.
2. Журило ИП, Литовка ВП, Кононученко ВП, Москаленко ВЗ. (1993). Непаразитарные кисты селезенки у детей. Хирургия. 8:59-61.
3. Беляева АВ, Поляев АЮ, Розинов ВМ (2016). Непаразитарные кисты селезенки у детей (этиология, классификация, органосохраняющее лечение). Рос. вестник дет. хирургии, анестезиологии, реаниматологии. 6(3):102–9.
4. Поляев ЮА, Исаева МВ, Степанов АЭ, Фокин НВ, Ашманов КЮ, Мызин АВ, Гарбузов РВ, Каримов ИВ. (2009). Малоинвазивные методы лечения непаразитарных кист селезенки у детей. Детская хирургия. 3:13–16.
5. Батаев СМ, Беляева АВ, Беляева ОА, Бондар ЗМ, Гарбузов РВ, Кондрашин СА, Мусаев ГХ, Поляев ЮА. (2019). Критерии выбора технологии хирургического лечения детей с непаразитарными кистами селезенки. Детская хирургия. 23(1): 14-19. doi. 10.18821/1560-9510-2019-23-1-14-19
6. Baglaj M., Czernik J. Splenic cysts in children. (1998). Surg Childh Intern. VI (1):23-27.
7. Кургузов ОП, Кузнецов НА, Артюхина ЕГ. (1990). Непаразитарные кисты селезенки (Обзор литературы). Хирургия. 6:130-4.
8. Фофанов АД, Фофанов ВА, Зиняк БМ, Бабьяк БД (2018). Мініінвазивне лікування солітарних непаразитарних кіст паренхіматозних органів у дітей. Хірургія дитячого віку 4(61):74-79. doi 10.15574/PS.2018.61.74