

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ

**Румянцева Г.Н., **Казаков А.Н., *Волков С.И., **Бревдо Ю.Ф.,
**Трухачев С.В., **Светлов В.В.,*

**ФГБОУ УВО «Тверской государственной медицинской университет»
Минздрава России,*

***ГБУЗ «Тверская детская областная клиническая больница»
Тверь, Россия*

drkazakov@mail.ru

До настоящего времени проблема ликвидации непаразитарных кист селезенки (НКС) у детей актуальна из-за отсутствия унификации в выборе метода лечения. Эхография является основным, нелучевым и безопасным методом диагностики. Анализ собственных результатов показал, что методом выбора служит лапароскопическая фенестрация (ЛФ) кисты селезенки, минимизирующая риск рецидива. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: непаразитарные кисты селезенки; дети; эхография.

RESULTS OF TREATMENT OF NON-PARASITIC SPLEEN CYSTS IN CHILDREN IN THE TVER REGION

**Rumyantseva G. N., **Kazakov A. N., *Volkov S. I., **Brevdo Yu. F.,
**Trukhachev S. V., **Svetlov V. V.,*

**Tver State Medical University,*

***Children's Regional Clinical Hospital of Tver
Tver, Russia*

To date, the problem of eliminating non-parasitic spleen cysts (NCS) in children is relevant due to the lack of unification in the choice of treatment method. Echography is the main, non-radiological and safe method of diagnosis. The analysis of our own results showed that the method of choice is laparoscopic fenestration (LF) of the spleen cyst, which minimizes the risk of relapse. There were no fatalities.

Key words: nonparasitic spleen cysts; children; echography.

Введение. Кисты селезенки у детей встречаются достаточно редко. Преимущественно они представлены врожденными кистами, лимфангиомами и гемангиомами, посттравматическими гематомами, но иногда обнаруживаются эхинококковые кисты, ангиосаркомы и лимфомы [1]. Киста селезенки, особенно больших размеров, потенциально опасна, так как значительно повышается риск повреждения органа и возникновения интраабдоминального кровотечения [2]. Подобное осложнение нередко заканчивается спленэктомией. Известно, что селезенка – иммунокомпетентный орган и его удаление приводит к «постспленэктомическому» синдрому [3]. В настоящее время большинство хирургов отказалось от спленэктомии не только при повреждении селезенки, но и при доброкачественных новообразованиях [4]. Лечение кист селезенки представляет собой дискуссионный вопрос, т.к. нет единой тактики в выборе метода лечения [5]. Альтернативным органосохраняющим вариантом является лапароскопия с фенестрацией полости [6]. Перкутанные пункционные методы успешны не во всех случаях, т.к. деэпителизация полости различными

агрессивными средами не всегда способна прекратить продукцию содержимого кисты. Комбинированный метод лапароскопической фенестрации с суперселективной окклюзией сосудов селезенки не доступен широкому кругу детских хирургов [7]. В работе оценивается эффективность лечебных методов.

Цель: анализ результатов и выбор оптимального метода лечения детей с непаразитарными кистами селезенки.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери с 2007 по 2020 г. пролечено 26 детей с НКС в возрасте от 6 до 17 лет, из них мальчиков 14 (54%), девочек 12(46%). Кистозное образование селезенки чаще всего обнаруживалось как случайная находка при эхографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства по поводу других заболеваний. Клиническая симптоматика проявлялась только у 8(31%) пациентов в виде болей в левом подреберье, которые носили тянущий характер. В анамнезе у лишь 1 ребенка было повреждение селезенки, излеченное консервативно, после которого сформировалась посттравматическая киста больших размеров. При пальпации живота у 2 пациентов определялось опухолевидное образование, исходящее из левого подреберья, безболезненное, малоподвижное, плотноэластической консистенции. Спленомегалия выявлена у трех больных. Основными методами диагностики были УЗИ, КТ и МРТ селезенки.

Во всех случаях диагноз устанавливался эхографически. Преобладала локализация кисты в верхнем полюсе селезенки в 17 (65%) случаях, у 3 (12%) детей киста была обнаружена в области ворот селезенки, а у 6 (23%) пациентов в нижнем полюсе. Диаметр кист варьировал от 13 до 150 мм. У 24 (92%) пациентов кисты представлены однокамерным образованием, в 2 (8%) случаях с множественными септами. Лапароскопическая фенестрация выполнялась 19(72%) пациентам. Лапаропорты диаметром 5 мм с манипуляторами устанавливались в правом подреберье и левой мезогастральной областях. Иногда требовалась установка третьего манипуляционного лапаропорта в эпигастральной области. Визуализация осуществлялась через окологупочную область с помощью телескопа 5 мм (Karl Storz). Во всех случаях ультразвуковыми ножницами иссекались оболочки кисты по границе с паренхимой и производилась максимальная деструкция внутренней выстилки аргоноплазменной коагуляцией. Дополнительно тампонировалась остаточная полость прядью сальника и устанавливался страховочный дренаж к селезенке.

Пункционно-склерозирующие вмешательства выполнены 4 (16%) детям. С помощью эхографической навигации (Mindray DC-8) в месте наименьшей толщины паренхимы селезенки заводилась пункционная система (Teleflex) Ch№8 и проводник, по которому в полость устанавливали дренаж, эвакуировали содержимое кисты и вводили склерозант (спирт 96%). Трех (12%) детям оперативное лечение не проводилось из-за малого диаметра кисты селезенки.

Результаты. Лапароскопическая фенестрация оказалась успешной у 17(68%), а у одного (4%) пациента был рецидив. Полагаем, рецидив произошел потому, что тампонада остаточной полости сальником в данном случае не проводилась. Спустя 6 месяцев ребенок успешно оперирован – произведена лапароскопическая фенестрация с фиксацией сальника в резидуальной полости.

Считаем, что данные мероприятия необходимы, так как тампонирование остаточной полости прядью сальника выполняет дренажную функцию, а установленный страховочный дренаж является индикатором отсроченного внутрибрюшного кровотечения. После пункционно-склерозирующего вмешательства у одного (4%) ребенка рецидив зарегистрирован дважды. При проведении лапароскопической фенестрации в одном (4%) случае было повреждение селезенки, осложнившееся массивным кровотечением, что потребовало конверсии и спленэктомии. Летальных исходов не было. У двух (8%) детей с рецидивом при гистологическом исследовании была обнаружена кистозно-капиллярная лимфангиома. В остальных случаях при гистологическом исследовании выявлена истинная киста селезенки.

Выводы. НКС относятся к редкой хирургической патологии у детей, требующей индивидуального подхода при выборе лечебной тактики. Для минимизации хирургической агрессии должны использоваться органосохраняющие вмешательства, которые сопряжены с обязательной деструкцией внутренней выстилки кисты, снижающей риск рецидива. Операцией выбора служит лапароскопическая фенестрация, а при неоднократных рецидивах возможно использовать эндоваскулярную окклюзию сосудистых бассейнов кистозных образований.

Список литературы:

1. Primary Vascular Neoplasms of the Spleen / R. V. Abbott, A. D. Levy, N. S. Aguilera [et al.] // Radiologic-Pathologic Correlation. 2004. № 24. P. 1137–1163.
2. Румянцева Г. Н., Волков С. И., Юсуфов А. А. 2, Казаков А.Н. [и др.]. Успешное лечение повреждения селезенки, осложненного гигантской посттравматической кистой // Детская хирургия, 2019 (4): 211-214
3. Weinrich M., Dahmen R.P., Black K.J. [et al.]. Postoperative long-term results in high-grade traumatic ruptures of the spleen in children // Zentralbl. Chir. 2014. Vol. 139, No. 6. P. 632–637.
4. Ong A.W., Eilertson K.E., Reilly E.F. [et al.]. Nonoperative management of splenic injuries: significance of age // J. Surg. Res. 2016. Vol. 201, No. 1. P. 134–140.
5. Беляева О.А., Кондрашин С. А., Поляев Ю.А., Гарбузов Р.В., Мусаев Г.Х., Бондарь З.М., Беляева А.В., Ширяев А.А. Комбинированные навигационные оперативные вмешательства у детей с солитарными кистами селезенки // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2016; IV(1): 16-23
6. Огнев С.И., Цап Н.А. Эндовидеохирургия кист паренхиматозных органов брюшной полости // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012. II. (1): 44-48.
7. Morandi E., Castoldi M., Merlini D. A., et al. Is there a role of percutaneous drainage in non-parasitic splenic cysts? Case report Giornale di Chirurgia – Journal of Surgery. 2012. Vol. 33. No. 10. P. 343–345.