

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ

*Маслакова Н.Д.¹, Могилевец Э.В.¹, Карпович В.Е.²,
Кухта А.В.², Ковалевский П.И.²*

¹*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

²*УЗ «Гродненская университетская клиника»*

SURGICAL TACTICS IN THE TREATMENT OF NON-PARASITIC CYSTS OF THE SPLEEN

*Maslakova N.D., Mahiliavets E.V., Karpovich V.E.,
Kukhta A.V., Kavaleuski P.I.*

¹*Educational Institution «Grodno State Medical University»*

²*Regional Clinical Hospital*

Введение. Кисты селезенки - наблюдается всего в 0,07% случаев, среди которых непаразитарные кисты составляют 85%.

В клинической практике непаразитарные кисты подразделяют на истинные и ложные, которые возникают после травмы.

Патогенетически возникновение истинных кист является нарушением в процессе эмбриогенеза, это связано с миграцией мезотелия в селезенку и формированием мезотелиальной внутренней выстилки. В ходе метаплазии происходит замещение многослойным плоским эпителием. Полость заполняется белковой жидкостью. Выявляемость кист увеличилась с развитием ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) магниторезонансной томографии с контрастированием (МСКТ). Трудности в ранней диагностике кист селезенки заключаются в их асимптоматическом течении. В большинстве случаев кисты выявляются при проведении визуальных исследований при абдоминальных болях, что приводит к несвоевременному оказанию медицинской помощи. Все эти факторы способствуют росту кист, кальцинированию ее стенок, а также к развитию осложнений, таких как нагноение, кровоизлияние в полость кисты и ее разрыв. Исторически основным хирургическим методом являлась спленэктомия, однако полное удаление органа, особенно в молодом возрасте значительно снижает иммунитет, что влечет за собой инфекционные осложнения, угрожающие жизни. Альтернативой спленэктомии являются такие органосберегающие операции как фенестация с иссечением стенки кисты и парциальная резекция селезенки. В настоящее время тенденцией в хирургии является применение чрескожных вмешательств под контролем УЗИ, томографии и рентгеноскопии, что значительно снижает травматизацию. К данным операциям относят: дренирование со склерозированием кисты и дезэпителизация с суперселективной артериальной эмболизацией питающей сосудистой ножки патологического очага. Однако при изучении данных методик выявлена

высокая частота рецидива кист, после склерозирования составила 30-50%, а применение эмболизации в 50% случаев осложняется ишемией сегмента органа. В последние годы привлекает внимание микроволновая абляция, тепловой эффект которой создает коагуляционный некроз патологического очага и окружающих тканей. Данная методика еще не достаточно изучена. В настоящее время нет клинических рекомендаций и единого «золотого стандарта» в лечении кист селезенки.

Цель. Анализ результатов диагностики и выполнения лапароскопической резекции кист селезенки

Материалы и методы. В УЗ «Гродненская университетская клиника» находились на лечении 8 пациентов, которым был поставлен диагноз киста селезенки. Из них было 6 женщины и 2 мужчины. Возраст пациентов находится в диапазоне от 23 до 50 лет.

В процессе сбора жалоб и анамнеза двое предъявляли жалобы на боли в левом подреберье, у двоих пациентов жалоб не было. Болевой синдром у одной женщины усиливался после приема пищи. А другой пациент отмечал болезненность в левой лопаточной области. Во всех случаях кисты были обнаружены при УЗИ обследовании амбулаторно. Пациенты находились под наблюдением, им рекомендовалось проводить ультразвуковое исследование в динамике. При увеличении размеров кисты пациентам было назначено оперативное лечение в плановом порядке в УЗ «Гродненская университетская клиника».

Результаты и обсуждение. Пациентам было проведено МРТ – исследование, РКТ, МСКТ, УЗИ при обследовании получены следующие данные: размеры кист и их расположение:

1. 95*93*95мм в паренхиме в средней трети
2. 62*57*64 мм верхний полюс
3. 64*62*77мм в нижнем полюсе
4. 96*85*95 мм по латеральному краю в паренхиме интимно спаяна.
5. 74*80*83 мм в проекции ворот селезенки
6. 93*82*60 мм в нижнем полюсе
7. 98*59*90 мм в паренхиме по медиальному краю
8. 75*60*46 мм в верхнем полюсе

Все пациенты прооперированы, им проведено малоинвазивное вмешательство лапароскопическая резекция кисты селезенки. Одним из этапов операции было пунктирование кисты с аспирацией жидкости, которая отправлялась на цитологическое исследование. При исследовании полученной жидкости на атипичные клетки, у всех 5 пациентов атипичные клетки не были обнаружены.

Интраоперационно на гистологическое исследование были взяты макропрепараты: ткань селезенки с кистой. По данным гистологического исследования получили следующие результаты:

1. Стенка кисты представлена фиброзной тканью без эпителиальной выстилки с гиалинозом.

2. Биоптат представлен фрагментами многослойного плоского эпителия

3. Фрагмент селезенки с прилежащей тканью кисты, которая представлена гиалинизированной фиброзной тканью с очагами петрификации без эпителиальной выстилки без ороговения, роговым веществом в виде рыхлых масс, кровью. Обнаруженные изменения могут быть проявлением эпидермальной кисты.

4. Стенка кисты представлена фиброзной тканью с гиалинозом и хроническим воспалением.

5. Стенка кисты представлена гиалинизированной фиброзной тканью с хроническим воспалением.

6. Фиброзная ткань с ороговением.

7. Фиброзная ткань с хроническим воспалением.

8. Биоптат с фиброзной тканью гиалинозом и роговым веществом.

Выводы. Результаты проведённых операций положительные, осложнений не наблюдалось.

Все пациенты выписаны с удовлетворительным состоянием под наблюдение хирурга по месту жительства.

Проведенное нами исследование указывает на высокую эффективность и безопасность лапароскопической резекции кист селезенки. Данное миниинвазивное вмешательство является наиболее безопасным, что дает возможность приравнивать его к золотому стандарту в лечении непаразитарных кист селезенки. Однако необходим индивидуальный подход к каждому пациенту, учитывая такие критерии как возраст, сопутствующую патологию и анатомическое расположение кист.

Данная органосохраняющая операция позволяет предупредить опасные осложнения, а именно постспленэктомический сепсис (OPSI-синдром), абсцессы брюшной полости, тромбоцитоз, портальная гипертензия, тромбоэмболия и лёгочная гипертензия.