



<https://doi.org/10.34883/PI.2024.27.1.005>



Каленчиц Т.И.¹, Кабак С.Л.¹✉, Сяхович С.В.², Примак С.В.¹

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² 6-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Киста селезенки больших размеров: клинический случай

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, написание текста – Каленчиц Т.И., Кабак С.Л.; сбор материала и его обработка – Сяхович С.В., Примак С.В.

Финансирование: исследование проведено без спонсорской поддержки.

Подана: 30.10.2023

Принята: 09.01.2024

Контакты: kabakmorph@gmail.com

Резюме

В статье описан клинический случай диагностики бессимптомной кисты селезенки больших размеров у 44-летнего пациента терапевтического отделения с внегоспитальной пневмонией. По данным компьютерной томографии размеры кисты составляли 173×242×261 мм. Наряду с кистой селезенки были выявлены кистозные образования в головке и хвосте поджелудочной железы. Анатомическая близость хвоста поджелудочной железы и ворот селезенки создает возможность прямой экспансии панкреатической псевдокисты или попадания секрета поджелудочной железы в паренхиму селезенки. В последующем в хирургическом отделении из кисты было аспирировано 2 литра лизированной крови с нитями фибрина.

Ключевые слова: киста селезенки, панкреатическая псевдокиста, компьютерная томография, поджелудочная железа, панкреатит, лизированная кровь

Kalenchic T.¹, Kabak S.¹, Syakhovich S.², Primak S.¹

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² 6th City Clinical Hospital, Minsk, Belarus

Large Splenic Cyst: a Case Report

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: research concept and design, review, text writing – Kalenchic T., Kabak S.; materials collecting and processing – Syakhovich S., Primak S.

Funding: the study was conducted without sponsorship.

Submitted: 30.10.2023

Accepted: 09.01.2024

Contacts: kabakmorph@gmail.com

Abstract

In this case report, a splenic cyst in a 44-year-old male with community-acquired pneumonia is presented. CT scan measurements of cyst were found to be 173×242×261 mm. Along with the splenic cyst, pancreatic pseudocysts were identified in the head and tail of

the pancreas. The anatomical proximity of the tail of the pancreas to the hilum of the spleen creates the possibility of direct expansion of the pancreatic pseudocyst or entry of pancreatic secretions into the splenic parenchyma. Subsequently, in the surgical department, 2 liters of lysed blood with fibrin threads were aspirated from the cyst.

Keywords: splenic cyst, pancreatic pseudocyst, computer tomography, pancreas, pancreatitis, lysed blood

■ ВВЕДЕНИЕ

Кисты селезенки встречаются у 0,07–1% населения, преимущественно у женщин в возрасте 35–55 лет [1, 2]. Различают два основных вида кисты селезенки – паразитарные и непаразитарные, которые, в свою очередь, классифицируются на первичные/истинные (имеющие эпителиальную выстилку) и вторичные/ложные (псевдокисты) [3]. В мировой литературе описано около 800 случаев кист селезенки, самые редкие из которых – псевдокисты [4]. Обычно кисты селезенки клинически себя не проявляют и диагностируются случайно или при обследовании пациента по поводу другого заболевания [5]. Вторичные кисты являются следствием травмы, инфекции (туберкулез, малярия, инфекционный мононуклеоз) или инфаркта селезенки и рассматриваются как финальная стадия организации внутриселезеночной гематомы [6].

Хирургическим путем лечатся симптоматические кисты, а также те из них, размер которых превышает 5 см [7]. При этом используется частичная или тотальная спленэктомия, чрескожное дренирование, марсупиализация, или частичная цистэктомия.

В статье описан редкий клинический случай диагностики и хирургического лечения кисты селезенки больших размеров.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент И. 44 лет находился на лечении в терапевтическом (пульмонологическом) отделении 6-й городской клинической больницы г. Минска с 02.05.2023 по 26.05.2023. При поступлении жалобы на общую слабость, одышку в покое, озноб. Температура тела 37 °С, АД 160/90 мм рт. ст., пульс 95 уд. в мин. ЧД – 18 в мин., дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. При проведении рентгенографии органов грудной клетки выявлены элементы инфильтрации в язычковых сегментах верхней доли слева. Учитывая клиническую и рентгенологическую картину, был выставлен диагноз: внегоспитальная пневмония слева в верхней доле средней степени тяжести. ДН 1.

Сопутствующие заболевания – ИБС, кардиосклероз, артериальная гипертензия 2 риск 4, сахарный диабет 2-го типа, ожирение 3-й степени (ИМТ – 50,7). В феврале 2023 г. пациент перенес COVID-19-инфекцию тяжелого течения. В анамнезе язвенная болезнь желудка.

При повторной рентгенографии органов грудной клетки (через 9 дней после исследования) видимые легочные поля, очаговые и инфильтративные изменения не выявлены. Было отмечено высокое стояние левого купола диафрагмы.

Результаты лабораторных исследований: Д-димер – 771 нг/мл (референсное значение 0–250 нг/мл); фибриноген А – 7,44 г/л (референсное значение 2,6–4,76 г/л);



СРБ – 12,85 мг/л (референсное значение 0–6 мг/л); СОЭ – 51 мм/час; лейкоциты – $11,71 \times 10^9$ /л (референсное значение $4\text{--}9 \times 10^9$ /л); тромбоциты – 605×10^9 /л (референсное значение $150\text{--}450 \times 10^9$ /л); гликемический профиль: 11,55 ммоль/л (8.00), 15,31 ммоль/л (12.00), 11,64 ммоль/л (16.00) (референсное значение 3,3–6,1 ммоль/л).

Проведенное медикаментозное лечение включало: цефтриаксон натрия гемигептагидрат, протамина сульфат, инсулин человеческий генно-инженерный, метопролола тартрат, фолиевую кислоту, валсартан, индапамид, ацетилсалициловую кислоту, аторвастатина кальция тригидрат, амброксола гидрохлорид, пантопразола натрия сесквигидрат, ипратропия бромида моногидрат, осельтамивира карбоксилат, метформина гидрохлорид, вилдаглиптин, дальтепарин натрия, дексаметазон. В удовлетворительном состоянии пациент был выписан из стационара с рекомендацией наблюдаться у врача общей практики и эндокринолога по месту жительства.

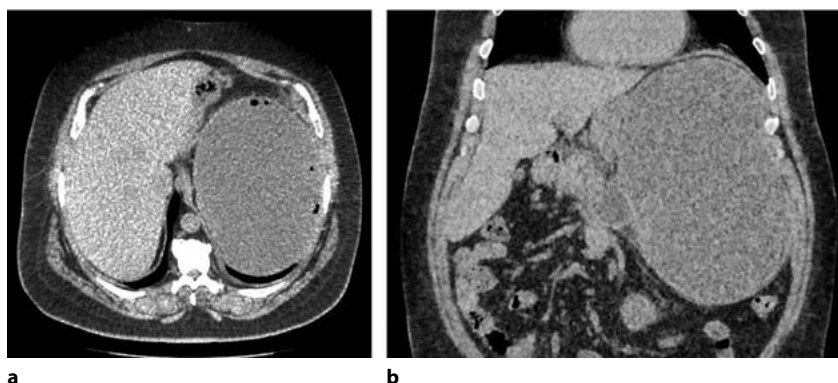
Через 4 дня (30.05.2023) пациент повторно поступил в приемное отделение 6-й ГКБ с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, боль в животе слева. Объективный статус: пульс 95 уд/мин; АД 130/80 мм рт. ст.; SpO₂ 98%; дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; живот мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье. Гемостазиограмма: фибриноген – 6,13 г/л, Д-димер – 667 нг/мл. Общий анализ крови: лейкоциты – $11,5 \times 10^9$ /л; гемоглобин – 113,3 г/л.

При проведении КТ органов грудной клетки без контрастирования в легких не выявлено свежих очаговых и инфильтративных изменений. В нижних отделах легких обнаружены множественные тонкие тяжи к плевре поствоспалительного характера. Следы жидкости в плевральной полости слева. На срезах органов брюшной полости, попавших в область сканирования, отмечено увеличение печени. В проекции селезенки выявлено образование размером 173×242×261 мм в аксиальной плоскости, пониженной КТ-плоскости до +2 +10 HU, с наличием множественных пузырьков газа (см. рисунок). Поджелудочная железа не визуализируется, обнаружено дополнительное образование с капсулой, диаметром 48 мм, плотностью –2 ед. HU, интимно прилежит к образованию в левом подреберье. Контуры железы неровные, нечеткие, отмечается инфильтрация парапанкреатической клетчатки. Заключение: гепатомегалия, диффузные изменения печени, абсцесс/гематома селезенки? Признаки острого панкреатита, кистозное образование в проекции хвоста поджелудочной железы. Левая почка смещена вниз с инфильтрацией паранефральной клетчатки.

С диагнозом «внутрибрюшная гематома больших размеров» пациент был переведен в хирургическое отделение 3-й ГКБ г. Минска.

В хирургическом стационаре после проведения КТ с контрастированием было подтверждено присутствие кистозно-солидного образования больших размеров в левой половине брюшной полости с признаками инфицирования, а также псевдокисты хвоста поджелудочной железы. На следующий день пациенту под контролем УЗИ были произведены чрескожная пункция кисты с аспирацией содержимого и ее катетерное дренирование. Было удалено 2 литра лизированной крови с нитями фибрина.

В последующем пациент еще дважды находился на лечении в хирургическом отделении (с 10.07 по 14.07.2023 и с 31.07 по 05.09.2023). При мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастным усилением (01.08.2023) по сравнению с результатами компьютерной томографии двухмесячной давности размеры образования в левой половине брюшной полости



Крупное кистозно-солидное образование в проекции селезенки с включением пузырьков газа. Компьютерная томография органов брюшной полости. Аксиальная (а) и фронтальная (б) проекции
A large cystic solid formation in the projection of the spleen with the inclusion of gas bubbles. Computed tomography of abdominal organs. Axial (a) and frontal (b) projections

существенно уменьшились и составили 54×62 мм. При этом оно было заполнено жидкостным содержимым с пузырьками газа и дренажной трубкой. В поджелудочной железе выявлены два округлых гомогенных кистозных образования с жидким содержимым, не накапливающим контрастное вещество. Они располагались в области головки и хвоста железы. Их размеры составляли 20×22 мм и 38 мм в диаметре соответственно.

Во время пребывания в стационаре пациенту проводилось консервативное лечение – промывание дренажа водным раствором борной кислоты (два раза в сутки). Из дренажной трубки периодически выделялось от 50 до 200 мл жидкости бурого цвета, содержащей 22,73 Е/л амилазы. После удаления дренажа пациент был направлен на амбулаторное лечение.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Около 25% вторичных псевдокист селезенки имеют нетравматическую природу [7]. Они могут быть геморрагического, воспалительного или дегенеративного происхождения [4, 8].

В описанном клиническом случае при проведении КТ-исследования наряду с кистой селезенки были выявлены кистозные образования в головке и хвосте поджелудочной железы. Псевдокисты поджелудочной железы являются частым осложнением острого и хронического панкреатита [9]. По данным литературы, панкреатическая псевдокиста может быть этиологическим фактором формирования вторичной кисты селезенки [10]. Это обусловлено анатомической близостью хвоста поджелудочной железы и ворот селезенки, создающей возможность прямой экспансии панкреатической псевдокисты или попадания секрета поджелудочной железы в паренхиму селезенки, в том числе по кровеносным сосудам [9]. В описанном случае в содержимом из пропунктированной кисты селезенки обнаружено присутствие амилазы в концентрации, сопоставимой с количеством этого фермента, выявляемом в панкреатических кистах [11].



Нельзя исключать, что формирование кисты селезенки стало следствием коронавирусной инфекции, перенесенной пациентом. Trabulsi et al. [12] описали клинический случай разрыва селезенки у пациента с COVID-19-инфекцией и считают его следствием тромбоза мелких сосудов. В описанном клиническом случае высокий уровень Д-димера свидетельствует о склонности к тромбозам, которые могли вызвать инфаркт селезенки с последующим формированием псевдокисты.

В большинстве случаев псевдокисты селезенки имеют асимптоматическое течение и обычно выявляются случайно при визуальных исследованиях органов брюшной полости по поводу других заболеваний [13]. В тех случаях, когда диаметр кисты становится больше 5 см, появляются симптомы, которые становятся более выраженными при ее размере, превышающем 8 см [2]. Псевдокисты значительных размеров могут сопровождаться такими осложнениями, как внутрикистозное кровоизлияние, разрыв стенки или инфицирование содержимого.

С использованием методов диагностической визуализации часто бывает трудно отличить первичную кисту селезенки от псевдокисты. Только гистопатологическое исследование является единственным способом («золотым стандартом») установить природу и этиологию кисты [7].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из-за длительного бессимптомного течения вторичные кисты селезенки могут достигать значительных размеров и представлять повышенную опасность вследствие неназначения пациентам своевременного адекватного лечения. Одним из способов лечения кисты селезенки у отдельных пациентов может быть ее чрескожная пункция под ультразвуковым контролем с последующим катетерным дренированием.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Zemlyanoy V.P., Sigua B.V., Filenko B.P. (2015) Giant abscessed splenic cyst. *Endoscopic Surgery*, vol. 21, no 2, pp. 34–35. doi: 10.17116/endoskop201521234-35
2. Lukman K., Sulthana B.A.A.S., Budiman D. (2023) Giant splenic cyst: a case series of rare and challenging cases from the last 22 years. *Int J Surg Case Rep.*, vol. 106, article 108263. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108263
3. Hinge C.R., Patrike S. (2014) Epithelial cysts of the spleen: a minireview. *World Journal of Gastroenterology*, vol. 20, no 38, pp. 13899–13903. doi: 10.3748/wjg.v20.i38.13899
4. Alhaddad B., Hussain A.A., Al-Rawi H. (2021) Large expanding splenic pseudocyst: a case report and review of literature. *International Journal of Surgery Case Reports*, vol. 86, article 106317. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106317
5. Stepanova Yu.A., Alimurzaeva M.Z., Ionkin D.A. (2020) Ultrasonic differential diagnostics of cyst and cystic tumors of the spleen. *Medical Visualization*, vol. 24, no 3, pp. 63–75. doi: 10.24835/1607-0763-2020-3-63-75
6. Şenol M., Özdemir H., Şahiner İ.T. (2014) Non-traumatic pseudocyst of the spleen: a case report. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, vol. 4, no 2, pp. 79–83. doi: 10.5505/kjms.2014.24008
7. Tiwari G.P., Poudel R., Nepal S. (2023) Spontaneous splenic pseudocyst: case report of a rare entity. *Clin Case Rep.*, vol. 11, no 2, e6964. doi: 10.1002/ccr3.6964
8. Bansal A.R., Jena S.S., Mallick M.R. (2019) Spontaneous splenic pseudocyst – a case report with review of literature. *International Journal of Medical Reviews and Case Reports*, vol. 3, no 12, pp. 884–886. doi: 10.5455/IJMRCR.splenic-pseudocyst
9. Stepanova Y.A., Ionkin D.A., Alimurzaeva M.Z. (2020) Pancreatogenic splenic pseudocysts: pathogenesis, diagnosis and treatment. *Surgical Case Reports*, vol. 3, no 9, pp. 3–6. doi: 10.31487/j.scr.2020.09.11
10. Haddad F., Araydah M., Al Sharie S. (2022) Communicating pancreatic and splenic pseudocysts: a case report. *Radial Case Rep.*, vol. 18, no 1, pp. 226–231. doi: 10.1016/j.radcr.2022.10.013
11. Oh H.C., Kang H., Brugge W.R. (2014) Cyst fluid amylase and CEA levels in the differential diagnosis of pancreatic cysts: a single-center experience with histologically proven cysts. *Dig Dis Sci.*, vol. 59, pp. 3111–3116. doi: 10.1007/s10620-014-3254-8
12. Trabulsi N.H., Alshammakh S.S., Shabbah A.A. (2022) Spontaneous rupture of spleen in a patient with COVID-19 disease: case report and review of the literature. *J Surg Case Rep.*, vol. 2022, no 4: rjac124. doi: 10.1093/jscr/rjac124
13. Chernousov K.F., Karpova R.V., Russkova K.S. (2021) Surgical Options for Nonparasitic Splenic Cysts. *Novosti Khirurgii*, vol. 29, no 5, pp. 617–623. doi: 10.18484/2305-0047.2021.5.617