

УДК 616.411-006.2-089

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД
К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ**

*Баллыев Б. А., Шачикова Т. А., Дмитриев Ю. В.,
Баранов С. Ю., Предко С. Н.*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
Учреждение
«Гомельская областная детская клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Опухоли и кисты селезенки у детей чрезвычайно редки. Наиболее частыми причинами опухолевого поражения селезенки у детей бывают лимфопролиферативные заболевания. Из первичных злокачественных опухолей селезенки известны ангиосаркома (однако эта опухоль не характерна для детского возраста), гемангиоперицитомы и злокачественная литториально-клеточная ангиома U. Hsu и соавт. приводят данные лишь о 8 наблюдениях ангиосаркомы селезенки у детей. Чаще в селезенке могут встречаться доброкачественные новообразования: гемангиома, гамартома, аденома, лимфангиома, липома, воспалительная псевдоопухоль, гемангиоэндотелиома и литториально-клеточная опухоль. Крайне редкой патологией является миофиброматоз селезенки. В большинстве случаев диагностируют кистозные образования в селезенке, генез которых чрезвычайно разнообразен. У детей (в отличие от взрослых) вторичные кисты встречаются реже истинных, имеющих эпителиальную выстилку.

Существующие классификации кист селезенки являются модификацией классификации R. Fowler.

Классификация кист селезенки по R. Fowler (1940):

• Первичные (истинные):

А. Паразитарные (*Echinococcus granulosus*).

Б. Непаразитарные:

— врожденные;

— неопластические (гемангиома, эпидермоидные, лимфангиома, дермоидные).

• Вторичные (ложные):

— травматические;

— дегенеративные;

— воспалительные

Эта классификация дает представление о разнообразии происхождения кист селезенки. Этиология и патогенез многих кистозных образований не выяснены. 25 % кист у детей составляют конгенитальные, патогенез которых продолжает обсуждаться. Существует несколько гипотез патогенеза: инволюции плюрипотентных клеток в паренхиме селезенки с последующей плоскоклеточной метаплазией; захвата эндотелиальных клеток брюшины или целомического мезотелия развивающейся селезенкой; инвагинации целомического мезотелия; расширения нормальных лимфатических пространств. Зачастую наступает полный регресс таких кист.

С. Garel и соавт. первыми (в 1995 г.) описали спонтанный регресс кисты селезенки. N. Kabra и J. Bowen (2001) представили данные литературы о 9 пациентах, у которых кисты селезенки были диагностированы антенатально и которые впоследствии наблюдались постнатально. Чаще встречается поражение селезенки при гемобластозах и лимфопролиферативных заболеваниях. Специфическое поражение селезенки возникает при всех гемобластозах, являясь признаком распространенности опухолевого процесса. Наиболее часто наблюдается инфильтративное поражение селезенки. При злокачественных лимфомах опухолевая инфильтрация может носить узловой характер, при этом размеры органа остаются в пределах возрастной нормы.

Актуальность

Наличие непаразитарных кист и доброкачественных опухолей селезенки размером более 4 см является показанием к оперативному лечению. Учитывая, что селезенка является иммунокомпетентным органом, это определяет необходимость поиска органосохраняющих методов хирургического вмешательства.

Цель

Улучшение результатов лечения больных с кистами селезенки путем разработки и внедрения в клиническую практику органосохраняющих оперативных вмешательств с приоритетным использованием миниинвазивных технологий.

Материал и методы исследования

За период с 01.01.2019 по 01.01.2021 гг. в хирургическом отделении ГОДКБ прошли лечение 5 пациентов с кистами селезенки. Все мальчики, из них 2 в возрасте 5 лет, 2 в возрасте 15 лет, 1–10 лет. У 3 расположение кисты в верхнем полюсе селезенки, у 1 центральное, у 1 краевое расположение. Из них у 3 пациентов врожденная истинная киста селезенки, у 2 посттравматическая ложная.

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническая симптоматика небольших кист селезенки отсутствует. Это связывают с их медленным ростом, что и обуславливает длительное бессимптомное течение заболевания. Жалобы на боли в животе или в левом подреберье появляются, когда киста достигает больших размеров, т. е. когда растягивает капсулу и связочный аппарат селезенки. Нередко боли усиливаются при физической нагрузке. Иногда при осмотре можно выявить асимметрию живота за счет выбухания в левом подреберье, здесь же пальпируется безболезненное опухолевидное образование плотной эластической консистенции.

Лапароскопически прооперированы все пациенты. Из них у 4 выполнена органосохраняющая операция, у 3 — резекция кисты с верхним полюсом селезенки, у 1 — резекцией переднего края селезенки с кистой. Только у 1 пациента выполнена лапароскопическая спленэктомия в связи с центральным расположением лимфангиомы.

Представлено 1 наблюдение резекции селезенки по поводу врожденной лимфангиомы селезенки. Пациент М., 15 лет поступил в ГОДКБ для планового оперативного лечения по поводу варикоцеле слева 2 стадия. На УЗИ ОБП впервые обнаружена киста селезенки. Из анамнеза ребенка

жалоб нет, травмы не отмечал. Пациенту была выполнена лапароскопическая резекция селезенки. Во время операции выявлена селезенка обычной плотности, размером около 9×6×6 см. Образование занимает вес передний край селезенки, мультикистозной структуры. Поэтапно произведена биполярным коагулятором «Мартин Максимум» краевая резекция переднего края селезенки в пределах здоровых тканей вместе с патологически измененным участком. Продолжительность операции составила 80 мин, объем кровопотери менее 100 мл.

Макроскопически удаленная часть селезенки с опухолью с множественными кистами и сосудистыми узлами разных размеров 7×2×2 см (рисунок 1).



Рисунок 1 — Интраоперационный снимок

Патогистологическое заключение: врожденная мультикистозная лимфангиома селезенки.

Послеоперационный период протекал гладко. Выписан на 10-е сутки после операции. Срок наблюдения — 3 месяца. Данных за рецидив образования нет.

Выводы

1. Кисты селезенки в большинстве случаев протекают бессимптомно и выявляются случайно при выполнении УЗИ ОБП.
2. В настоящее время диагностика кист селезенки не представляет трудностей.
3. При условии точной дифференциальной диагностики кисты селезенки размером до 4 см нуждаются в динамическом наблюдении с выполнением контрольного ультразвукового исследования каждые 6 месяцев. Наличие кист селезенки диаметром более 4 см является показанием к оперативному лечению.
4. При кистах селезенки должны выполняться только органосохраняющие операции.

5. Методом выбора операция при кистозных образованиях селезенки — лапароскопическая резекция кисты, которая сопровождается минимальной частотой осложнений в сравнении с открытыми операциями, малой кровопотерей, существенным сокращением длительности послеоперационной госпитализации, уменьшением периода медицинской и социальной реабилитации.

6. Показанием к спленэктомии при лимфомах является подозрение на резидуальное поражение селезенки, расположение и распространенность кисты в области ворот селезенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Непаразитарные кисты селезенки у детей / И. В. Поддубный [и др.] // Эндоск. хирургия. — 2004. — № 3. — С. 30–38.
2. Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки / М. В. Тимербулатов [и др.]. — М.: МЕД-пресс-информ, 2004. — 224 с.
3. Шапкин, Ю. Г. Влияние выбранной операции на развитие осложнений в послеоперационном периоде у больных, оперированных на селезенке / Ю. Г. Шапкин, В. В. Масляков, В. Р. Горбелик // Анналы хирургии. — 2006. — № 3. — С. 9–13.
4. Hansen, M. B. Splenic Cysts / M. B. Hansen, A. C. Moller // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. — 2004. — Vol. 14. — P. 316–322.
5. Geraghty, M. Large primary splenic cyst. A laparoscopic technique / M. Geraghty, I. Z. Khan, K. C. Conlon // J Min Access Surg. — 2009. — Vol. 5. — P. 14–16.
6. A ten-year experience with laparoscopic treatment of cysts / E. H. Chin [et al.] // JSLS. — 2007. — Vol. 11, № 1. — P. 20–23.
7. Laparoscopic Unroofing of a Large Pseudocyst of the spleen: Report of the case / T. Matsutani [et al.] // J Nippon Med Sch. — 2009. — Vol. 76. — P. 319.

УДК 616.61-008.6-053.2(476.2)

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Беломытцева И. В., Марушкевич В. Д., Чепего А. Г.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Нефротический синдром — клинико-лабораторный симптомокомплекс, клинически характеризующийся периферическими или генерализованными отеками вплоть до асцита и анасарки, а лабораторно — протеинурией более 2,5 г/сут или более 50 мг/кг/сут, гипопроteinемией, гипоальбуминемией (ниже 40 г/л), диспротеинемией, гиперлипидемией и липидурией.

Нефротический синдром в ряде случаев может быть проявлением первичного гломерулонефрита. Выделяют также врожденный нефротический синдром (финского типа) и семейный нефротический синдром. Помимо этого, нефротический синдром может иметь вторичный характер и сопровождать многие заболевания, протекающие с поражением почек (системная красная волчанка, геморрагический васкулит, ревматоидный артрит, микроскопический полиангиит, сахарный диабет, амилоидоз почек и др.) [1, 3].

Цель

Изучение структуры и клинико-лабораторных особенностей течения нефротического синдрома у детей Гомельской области.