

НЕПАРАЗИТАРНЫЕ КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

П.Н. Гребнев, Я.М. Мустафин, Д.В. Осипов

Кафедра детской хирургии (зав. — проф. М.Р. Рокицкий) Казанского медицинского университета, детский медицинский центр (главврач — Е.В. Карпухин) МЗ РТ

До 1980 г. в литературе описано немногим более 200 наблюдений за больными с непаразитарными кистами селезенки [4]. Впервые об этой патологии упомянул в 1829 г. Andrell, а первая цистопленэктомия была выполнена Реан в 1867 г., в России — Н.П. Яковлевым в 1892 г. [1]. Непаразитарные кисты селезенки составляют 0,5—2% в структуре ее заболеваний. В большинстве публикуемых сообщений дано описание единичных наблюдений, причем в основном у взрослых. Известно, что мужчины заболевают в 4 раза реже женщин. Локализация кист может быть самой разнообразной. В нижнем полюсе селезенки располагаются 26% кист, на выпуклой поверхности — 18%, на вогнутой — 18%, в воротах — 14%, на переднем крае — 12%, в верхнем полюсе — 9%, на задней поверхности — 3% [2, 4].

Различают первичные, или истинные, кисты, выстланные эндотелием, и вторичные, или ложные, кисты, лишенные эндотелиальной выстилки. Истинные кисты составляют четверть числа всех НКС, и среди них выделяют врожденные кисты, образующиеся в эмбриональном периоде вследствие миграции перитонеальных клеток в ткань селезенки, опухолевидные (кистозные лимфо- и гемангиомы), дермоидные и эпидермальные кисты [4, 6]. Наибольший удельный вес составляют ложные кисты селезенки (у 75% больных). В половине всех случаев они образуются в результате травм.

Определяющим фактором в развитии посттравматических кист является объем кровотечения. Небольшие гематомы, как правило, рассасываются, не оставляя после себя значительных изменений в ткани селезенки. К числу казуистических наблюдений следует отнести случаи появления кист после ятро-

генных повреждений селезенки при выполнении паранефральных блокад [4, 5].

Истинные кисты обычно не достигают больших размеров, чаще они множественные и заполнены серозным содержимым. Ложные кисты в 80% наблюдений одиночные, бывают крупных размеров, из-за различной степени гемолиза эритроцитов окраска содержимого кист может варьировать от темно-красной до коричнево-зеленой [4, 6].

Непаразитарные кисты селезенки не имеют патогномоничной клинической картины. Их отличительной особенностью является медленный рост, который обуславливает длительное бессимптомное течение заболевания. Первые признаки его манифестируют лишь тогда, когда кисты достигают больших размеров. С этого момента больные начинают испытывать чувство тяжести и боли в левом подреберье, связанное с растяжением капсулы и связочного аппарата селезенки, а также со сдавлением ею окружающих органов. Вследствие компрессии увеличенной селезенкой соседних органов (желудка, толстой кишки) развиваются диспептические расстройства: отрыжка, тошнота, рвота, ощущение распирания и вздутия живота. У ряда больных ухудшается аппетит, снижается масса тела, нарастает слабость, присоединяются запоры. Некоторые из них самостоятельно обнаруживают у себя образование в брюшной полости. Давление на диафрагму кисты, расположенной в верхнем полюсе селезенки, может вызвать одышку, кашель, тахикардию, развитие ателектаза в базальных сегментах левого легкого и даже нижнедолевой пневмонии [3, 4, 6].

Появление новых методов диагностики — ультразвукового исследования (УЗИ), ядерно-магнитно-резонансной

томографии (ЯМРТ), компьютерной томографии (КТ) — позволяет на ранних этапах диагностировать кисты селезенки.

За 25 лет работы в хирургии детского возраста мы наблюдали 3 случая непаразитарных кист селезенки.

Х., 9 лет, была направлена в стационар по поводу кисты селезенки, которая была выявлена месяц назад во время УЗИ внутренних органов. При поступлении в стационар у больной никаких жалоб не было. Анамнез жизни без особенностей.

При объективном исследовании органов и систем больной видимой патологии не обнаружено.

Данные УЗИ: в проекции нижнего полюса селезенки выделяется анэхогенное округлое многокамерное образование объемом, равным 13—80 см³. Толщина капсулы — менее 1 мм.

Данные КТ: при внутривенном контрастировании 20 мл урографина в паренхиме селезенки по медиальному краю в области нижнего полюса определено неомогенное полостное образование округлой формы с четкими контурами (плотность — 26—33 ед.Н). Верхний отдел оно состоит из 2 полостей (12×17 и 11×10 мм), в нижних — из одной (26×24 мм). Данное образование имеет тонкостенную капсулу, контраст не накапливает (рис. 1). Изменений со стороны брюшной полости не выявлено.

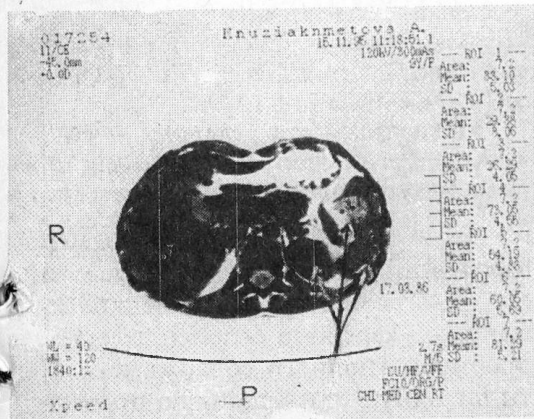


Рис. 1. КТ объемного образования, расположенного в паренхиме селезенки больной Х., 9 лет.

Заключение: объемное образование селезенки (киста).

Под эндотрахеальным наркозом были выполнены верхняя срединная лапаротомия и спленэктомия. Размеры выделенной селе-

зенки — 9×5×3 см, на задней ее поверхности обнаружены множественные кистозные образования до 1,5—2 см с содержимым зеленоватого цвета.

Результаты гистологического исследования: ткань селезенки с полнокровными сосудами, склероз трабекул, единичные микрокисты. Капсула большой кисты представлена гиалинизированной соединительной тканью без какой-либо клеточной выстилки. Послеоперационный период протекал гладко.

В данном случае благоприятный исход заболевания обусловлен ранней диагностикой его с помощью УЗИ и КТ, что подтверждает их эффективность.

П., 9 лет, поступил в стационар по поводу закрытой травмы живота и травмы селезенки. Жалобы: боли в левой подреберной области, тошнота.

Из анамнеза: удар в область левого подреберья.

Объективно: состояние удовлетворительное, при пальпации живота возникает болезненность в области пупка и в левой подреберной области.

УЗИ органов брюшной полости: в ткани селезенки и области ворот визуализируется полостное образование округлой формы с гетерогенным содержимым и капсулой объемом 28 мл. В брюшной полости большое количество (до 500 мл) свободной гетерогенной жидкости со взвесью.

Произведена диагностическая лапароскопия: в брюшной полости до 500 мл мутного геморрагического выпота; у ворот селезенки обнаружены спавшиеся стенки кисты, покрытые фибрином. Жидкость эвакуирована электроотсосом. Произведены лапаротомия, дренирование полости кисты. Послеоперационный период протекал благоприятно.

Повторное УЗИ: через 2 недели в области ворот селезенки, в передневерхнем ее отделе, определяется неправильной формы, ближе к круглой, образование с неровными контурами, тонкой (не по всему периметру) прослеживающейся капсулой (82—83 мм). Объем жидкости — 282 мл. В переднебоковых отделах визуализируются 3 анэхогенных образования (овальное — 10 × 5 мм и 2 округлых по 55 мм в диаметре) с нечеткими неровными контурами (кисты), не связанные с основной кистой. Дополнительно проведены КТ и ЯМР, которые подтвердили данные УЗИ (рис. 2). Выставлен предвари-

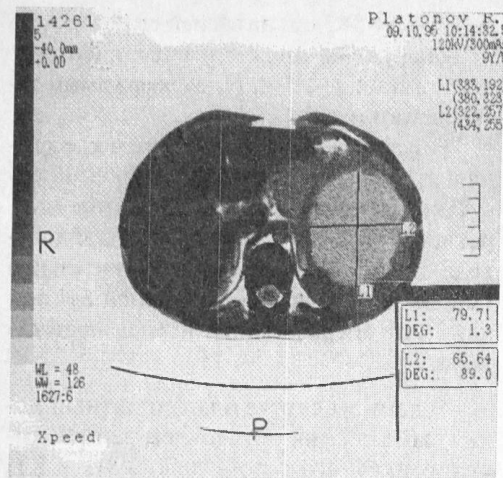


Рис. 2. КТ образования, расположенного в передневерхнем отделе селезенки больного П., 9 лет.

тельный диагноз: посттравматические множественные кисты селезенки. Произведены релапаротомия, спленэктомия.

Результаты гистологического исследования: стенка кисты с одного края выстлана однослойным эпителием, с другого — гипотрофическая ткань селезенки. После операции осложнений не возникало.

Очевидно, после разрыва основной кисты дополнительные кистозные образования опорожнились и не визуализировались как в ходе первой операции, так и во время первой УЗИ, что привело к ошибочной врачебной тактике — щадящей операции.

Несмотря на редкость заболевания и медленное развитие, непаразитарные кисты селезенки представляют значительную опасность в связи с возможным развитием таких осложнений, как нагноение, разрыв, перекрут кистозного образования, малигнизация. Отсюда вытекает важность их своевременной диагностики, достаточно сложной и, судя по данным литературы, это связано не только с отсутствием патогномичных клинических симптомов, но и с недостаточным знакомством широкого круга врачей с особенностями обследования подобных больных. В связи с этим частота диагностических ошибок достигает 70%.

П., 11 лет, поступил в стационар по поводу инфицированной кисты левого подреберья. Имелись жалобы на боли в левом подреберье, слабость, вялость, субфебрильную температуру.

Из анамнеза: заболел вечером, а на следующее утро появились повторные сильные

боли в левом подреберье, температура поднялась до 38,5°C.

Объективно: ребенок вялый, положение пассивное, общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, язык суховат, обложен сероватым налетом; органы дыхания и кровообращения без особенностей. Частота пульса — 100 уд. в 1 мин. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. Живот при пальпации болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Заключение УЗИ: при заполнении желудка физиологическим раствором объемом 350 мл через зонд было установлено, что данное кистозное образование с ним не связано. Объем нагноившейся кисты селезенки — 150 мл.

Данные КТ: нагноившаяся киста селезенки.

С учетом септического клиника, тяжести состояния, опасности развития перитонита и разрыва кисты было решено произвести спленэктомию в экстренном порядке. В предоперационном периоде проводилась дезинтоксикационная и противовоспалительная терапия. Под эндотрахеальным наркозом выполнена широкая срединная лапаротомия. В брюшной полости оказалось небольшое количество серозного выпота. В левом поддиафрагмальном пространстве обнаружена киста верхнего полюса селезенки. Вследствие воспаления киста припаяна к левому куполу диафрагмы. Сращения с трудом разделены, произведены мобилизация селезенки, спленэктомия.

Макропрепарат: киста верхнего полюса селезенки (2 × 14 см) содержит бурого цвета жидкость с примесью гноя.

Микропрепарат: в селезенке — участки фиброза с явлениями гнойного воспаления. Послеоперационный период протекал гладко.

Данный случай является примером заболевания, когда развилось осложнение — нагноение кисты селезенки с клинической картиной сепсиса, грозившее прорывом гнойного содержимого кисты в грудную или брюшную полости.

С учетом публикаций и собственного опыта предлагаем для своевременного и качественного выявления этой патологии проводить следующие исследования в порядке их диагностической значимости:

— ультразвуковое сканирование для обнаружения месторасположения и характера образования;

— компьютерную томографию для точной регистрации изменений плотности ткани, дифференциации кистозных образований селезенки и истинных опухолей, определения характера содержимого кисты;

— обзорную рентгенографию органов брюшной полости;

— экскреторную урографию с целью локализации процесса в брюшной полости или забрюшинном пространстве;

— контрастное исследование ЖКТ для уточнения расположения кисты селезенки и органов брюшной полости (целесообразно производить в нескольких проекциях);

— селективную ангиографию чревной артерии и ее ветвей для выявления аваскулярной зоны в проекции кисты, отсутствия контрастирования ветвей 4—5 порядка;

— диагностическую лапароскопию с возможным последующим лапароскопическим удалением кисты селезенки.

Для ранней диагностики данного заболевания следует учитывать возникающий в большинстве случаев иммунодефицит, который обычно начинает проявляться у детей в виде повышенной восприимчивости к инфекциям, анги, что в 80% случаев связано с первыми признаками заболевания [5].

1. Волобцев Н.Н., Тихонов К.С., Тихонова Г.К.// Клин. хир. — 1988. — № 9. — С. 40—42.

2. Журило И.П., Литовна В.К., Конорученко В.П. и др.// Хирургия. — 1993. — № 8. — С. 59—61.

3. Куликов Л.К., Филиппов А.Г.// Хирургия. — 1995. — № 4. — С. 62—63.

4. Кургузов О.П., Кузнецов Н.А., Артюхина Е.Г.// Хирургия. — 1990. — № 6. — С. 130—133.

5. Сотниченко Б.А., Макаров В.И., Москвичев В.Г.// Клин. хир. — 1988. — № 11. — С. 11—12.

6. Уткин В.В., Юдин М.Я., Лиепиньш М.А. и др.// Хирургия. — 1989. — № 4. — С. 97—99.

Поступила 22.11.96.

NONPARASITOTGENIC CYSTS OF THE SPLEEN IN CHILDREN

P.N. Grebnev, Ya.M. Mustafin, D.V. Osipov

S u m m a r y

Nonparasitogenic cysts of the spleen are met rarely. They have no pathognomonic clinical picture and are characterized by prolonged asymptomatic course. Clinical manifestations can be found when cysts reach big size. Nonparasitogenic cysts of the spleen are dangerous because of possible following complications: supputaration, rupture, torsion of cyst formation and malignancy. The diagnosis of nonparasitogenic cysts of the spleen is complicated and the diagnostic mistakes comprise 70%.