

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Д. А. Морозов — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой хирургии детского возраста им. Н. В. Захарова, профессор, доктор медицинских наук; **И. В. Горемыкин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры хирургии детского возраста им. Н. В. Захарова, доктор медицинских наук; **В. Б. Турковский** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры хирургии детского возраста им. Н. В. Захарова, кандидат медицинских наук; **Ф. К. Напольников** — Городская клиническая больница им. С. Р. Миротворцева, заведующий детским плановым хирургическим отделением, кандидат медицинских наук; **К. Л. Погосян** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры хирургии детского возраста им. Н. В. Захарова; **Е. А. Лукьяненко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, студент 5 курса педиатрического факультета.

CYSTIC GROWTHS OF SPLEEN IN CHILDREN

D. A. Morozov — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Pediatric Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **I. V. Goremykin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Pediatric Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **V. B. Turkovsky** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Pediatric Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **F. K. Napolnikov** — Saratov Clinical Hospital n.a. S. R. Mirovtortsev, Head of Pediatric Surgery Ward, Candidate of Medical Science; **K. L. Pogosyan** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Pediatric Surgery, Post-graduate; **E. A. Lukyanenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Pediatric Faculty, Student.

Дата поступления — 12.04.2011 г

Дата принятия в печать — 07.09.2011 г.

Морозов Д. А., Горемыкин И. В., Турковский В. Б., Напольников Ф. К., Погосян К. Л., Лукьяненко Е. А. Кистозные образования селезенки у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 3. С. 724–726.

Сравнивается эффективность методов лечения пациентов с кистозным поражением селезенки. Проанализированы результаты лечения девяти детей с кистами селезенки в возрасте от 9 до 16 лет в период с 1998 по 2009 г. Определение диагностической ценности ультразвуковой, компьютерной томографии и магниторезонансного исследования полостных образований селезенки выявило высокую схожесть картины при визуализации лимфангиом, гемангиом, а также истинных кист, поэтому окончательный диагноз ставился после проведения гистологического исследования. Предпочтение отдается малоинвазивным органосохраняющим операциям. Все имеющиеся на сегодня способы сопряжены с возможностью рецидивирования кисты вне зависимости от ее генеза. Перкутанная пункция с дренированием и продленным склерозированием, выполняемая под лапароскопическим контролем, по нашему мнению, является безопасным способом лечения кист селезенки и может выполняться повторно, так как не вызывает спайкообразования в брюшной полости.

Ключевые слова: кисты селезенки, лапароскопия, пункция, дети.

Morozov D. A., Goremykin I. V., Turkovsky V. B., Napolnikov F. K., Pogosyan K. L., Lukyanenko E. A. Cystic growths of spleen in children // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 3. P. 724–726.

The effectiveness of different surgical techniques in patients with cystic lesions of spleen is considered in the article. The results of treatment of 9 children aged from 9 to 16 years old during the period from 1998 till 2009 have been analyzed. The examination included ultrasound computerized tomography and MRT. Differential diagnosis was made between lymphangiomas, hemangiomas and true cystic growths of spleen. The proper diagnosis was made after histological examination. The invasive procedures preserving spleen were preferred. But despite the surgical technique the possibility of cystic recurrence was remained. Percutaneous puncture with draining and long term sclerotherapy performed by laparoscopy control was considered to be a safe procedure.

Key words: splenic cysts, laparoscopy, puncture, children.

Введение. Кисты селезенки у детей встречаются достаточно редко и в большинстве своем являются врожденными кистами, лимфангиомами и гемангиомами, посттравматическими гематомами, хотя не исключена возможность обнаружения эхинококковой кисты, ангиосаркомы и лимфомы [1–3]. Быстрый рост с нарушением функции органа, а также возможный риск внутрибрюшного кровотечения служат показаниями к оперативному вмешательству [3, 4]. В настоящее время большинство хирургов отказалось от спленэктомии при доброкачественных новообразованиях. В литературе имеются сообщения о применении малоинвазивных методик лечения кист селезенки, таких, как лапароскопические методы [5–7], резекция части селезенки, несущей кисту [8, 9], пер-

кутанная аспирация и склерозирование кисты [10]. В работе сравнивается эффективность некоторых диагностических и лечебных методов.

Методы. Проанализированы результаты лечения девяти детей с кистами селезенки в возрасте от 9 до 16 лет, находившихся в клинике детской хирургии Саратовского медицинского университета в период с 1998 по 2009 г. Кистозное поражение селезенки чаще всего протекало бессимптомно и обнаруживалось при УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства по поводу других заболеваний. Только у двух детей отмечались ноющие боли в левом подреберье, которые носили приступообразный характер. В анамнезе ни у одного ребенка не было травмы или предшествующего инфекционного заболевания. При пальпации живота только у двух пациентов определялось опухолевидное образование, исходящее из левого подреберья, безболезненное, малоподвижное, плотнорастяжимой консистенции, при этом

Ответственный автор — Игорь Владимирович Горемыкин.
Адрес: г. Саратов, ул. Ульяновская, 42, кв. 85.
Тел.: (сот) 8-927-227-29-38.
E-mail: mikindt@rambler.ru

объем кист превышал 500 мл с локализацией в нижнем полюсе селезенки. Спленомегалия выявлена у трех больных. Основными методами диагностики были УЗИ, КТ и МРТ селезенки.

В 1990-х годах двум детям была выполнена спленэктомия в связи с расположением кист в области ворот селезенки, при этом диагностированы лимфангиома и гемангиома. Лапаротомия с фенестрацией кисты была выполнена двум детям. У одного ребенка киста исходила из верхнего полюса по задней поверхности и не визуализировалась при лапароскопическом осмотре, что заставило выполнить конверсию. У другого пациента киста располагалась в области ворот селезенки в глубине паренхимы, размером 14,0×10,0×9,0 см. Гистологически диагностированы лимфангиома и врожденная киста селезенки.

В последнее время отдаем предпочтение малоинвазивным технологиям. Трем детям была выполнена лапароскопическая фенестрация. Кисты располагались в верхнем полюсе селезенки. Их наибольший диаметр составлял от 4 до 6 см. У двоих гистологически диагностирована лимфангиома селезенки, а у одного ребенка врожденная киста. Двум пациентам под лапароскопическим контролем был чрескожно установлен «нефростомический» дренаж в полость кисты с последующей склерозирующей терапией 96% раствором этилового спирта. Гистологическое исследование не проводилось из-за отсутствия материала при пункционном способе лечения.

Приводим описание нескольких клинических случаев.

Больной А., 10 лет, объективно определяется спленомегалия. При УЗИ органов брюшной полости в воротах селезенки обнаружено гипозоногенное образование 6,0×5,8×5,4 см с четкими ровными контурами. Выполнена спленэктомия. Гистологическое заключение: гемангиома селезенки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Больной П., 16 лет, при УЗИ выявлено гипозоногенное образование в верхнем полюсе селезенки округлой формы 10,0×9,5×8,0 см, которое было подтверждено на КТ. Выполнена лапаротомия с широкой фенестрацией кисты. Гемостаз с использованием «Tachosorb». В полости кисты оставлен трубчатый дренаж с активной аспирацией в течение 10 дней. Гистологический диагноз: врожденная киста селезенки. Ребенок выписан на 12-е сутки в удовлетворительном состоянии. На контрольном УЗИ через год изменений нет, через 3 года в верхнем полюсе селезенки визуализируются образования в виде трех мелких кист диаметрами от 1 до 2 см.

Больная Л., 15 лет, в течение двух недель беспокоили периодические боли в левом подреберье. УЗИ и КТ выявили образование в верхнем полюсе селезенки размером 7,0×5,7×5,5 см. Выполнена лапароскопическая фенестрация кисты с тампонадой прядью сальника. Гистологический диагноз: лимфангиома селезенки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Больной З., 15 лет, при УЗИ выявлено гипозоногенное образование в верхнем полюсе селезенки округлой формы 6,0×4,0×4,5 см, которое было подтверждено на КТ. Под лапароскопическим контролем был установлен «нефростомический» дренаж в полость кисты, в течение недели проводилась склерозирующая терапия 96% раствором этилового спирта с экспозицией 4–5 минут. При УЗИ через 6 месяцев киста не определялась.

Больной М., 13 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие безболезненного опухолевидного образо-

вания в левом подреберье. Спленомегалия. Выполнены УЗИ, КТ и МРТ, выявившие полностное образование с капсулой до 5 мм толщиной и внутренней трабекулярностью. Размеры кисты: 12,3×11,2×11,0 см. Под лапароскопическим контролем в полость установлен «нефростомический» дренаж и эвакуировано около 1 литра желтоватого прозрачного содержимого. В течение двух недель проводилась склерозирующая терапия 96% раствором этилового спирта до полного прекращения накопления жидкости в полости кисты. Ребенок выписан на 15-й день после операции и вновь поступил в клинику через две недели с фебрильной температурой и болями в левом подреберье. УЗИ селезенки показало, что полость кисты заполнена жидкостью с взвесью. Под лапароскопическим контролем крыша кисты рассечена и удалено около 700 мл мутного выпота без запаха. В полости оставлен трубчатый дренаж с последующей активной аспирацией в течение двух недель. Экссудация прекратилась на 8-е сутки. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии с остаточной ламинарной полостью в верхнем полюсе селезенки.

Результаты. Обсуждая диагностическую ценность УЗИ, КТ и МРТ полостных образований селезенки, следует отметить высокую схожесть картины при визуализации лимфангиом, гемангиом, а также истинных кист, поэтому окончательный диагноз устанавливается после проведения гистологического исследования. УЗИ при лимфангиомах и гемангиомах дает хорошо выраженное гипозоногенное образование с внутренними септами и взвесью повышенной эхоплотности. Содержимое истинных кист, как правило, лишено взвеси и является гомогенным. При этом врожденные кисты обычно одиночные, правильной формы, хотя и могут достигать значительных размеров, в то время как крупные лимфангиомы окружены более мелкими образованиями (рис. 1) и в их содержимом обнаруживается взвесь повышенной плотности (рис. 2).

Отличительными особенностями гемангиом и лимфангиом селезенки от врожденных кист на КТ являются спленомегалия и обнаружение участков линейного и глыбчатого обызвествления (двое детей) (рис. 3 а). Граница с неизменной паренхимой



Рис. 1. МРТ. Лимфангиома селезенки

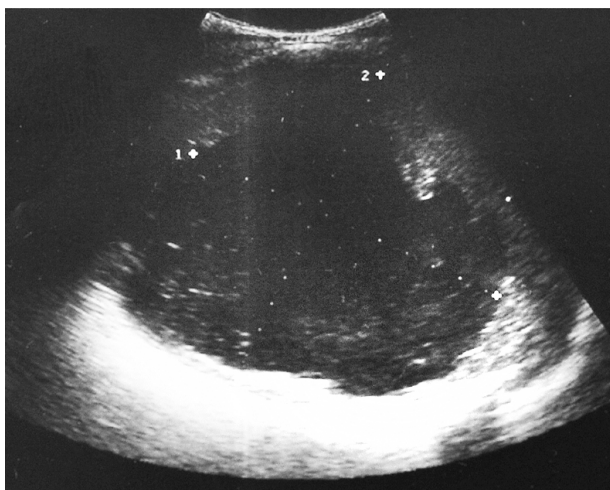


Рис. 2. УЗИ. Лимфангиома селезенки: видны септы и неоднородное содержимое кисты



Рис. 3. КТ. Лимфангиома селезенки: а – определяются кальцифицированные участки и септы внутри кисты; б – КТ. Врожденная киста селезенки

обычно четкая как при истинных кистах, так и при лимфангиомах (рис. 3 а, б). При выполнении МРТ отличить сосудистые опухоли от истинных кист селезенки практически невозможно, так как они представлены округлыми образованиями повышенной интенсивности (рис. 1), поэтому МРТ мы использовали в основном для установления топического положения кисты в паренхиме.

Обсуждение. Сравнивая эффективность способов лечения полостных образований селезенки, мы не выявили каких-либо явных преимуществ того или иного способа. Спленэктомия, по нашему мнению, должна применяться только при наличии очаговых или диффузных изменений паренхимы селезенки, характерных для лимфомы, ангиосаркомы и гемангиоэндотелиомы [3]. Использование лапароскопии для фенестрации кисты или уточнения области пункции для дренирования со склерозированием значительно снижает травматичность вмешательства по сравнению с «открытой» фенестрацией. Применение УЗИ для контроля пункции и дренирования является наименее травматичным способом.

Наличие гигантской кисты (емкостью свыше 800 мл) диктует необходимость широкой фенестрации с удалением «крыши», так как большая площадь внутренней поверхности кисты обуславливает выраженную экссудацию, препятствующую слипанию стенок. Накопление экссудата, исходя из нашего опыта, может приводить к инфицированию даже на фоне массивной антибиотикотерапии.

Заключение. Доброкачественные полостные образования селезенки являются редкой патологией в

детском возрасте и требуют индивидуального подхода при планировании оперативного лечения. Предпочтение отдается малоинвазивным органосохраняющим операциям. Все имеющиеся на сегодня способы сопряжены с возможностью рецидивирования кисты вне зависимости от ее генеза. Перкутанная пункция с дренированием и продленным склерозированием, выполняемая под лапароскопическим контролем, является безопасным способом лечения кист селезенки и может выполняться повторно.

Библиографический список

1. CT of congenital and acquired abnormalities of the spleen/J.L. Freeman, S.Z. Jafri, J.L. Roberts [et al.] // Radiographics. 1993. № 13. P. 597–610.
2. Cystic Masses of the Spleen: Radiologic-Pathologic Correlation/M. Urrutia, P. Mergo, L. Ros [et al.] // RadioGraphics. 1996. № 16. P. 107–129.
3. 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.
4. Epithelial splenic cysts in children: surgical treatment by cyst-wall «peeling»/A. Calisti, M.L. Perrotta, Ph. Molle [et al.] // J. Pediatr. 2003. Sur. № 19. P. 300–302.
5. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И., Залихин Д.В. Лапароскопическая хирургия при патологии селезенки у детей // Эндоскопическая хирургия. 1998. № 4. С. 18–22.
6. Лапароскопические вмешательства при кистах печени и селезенки/В.Н. Филижанко, Е.Г. Шеменева, А.М. Фомин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. 1998. № 1. С. 56–57.
7. Open and laparoscopic treatment of nonparasitic splenic cysts/D. Gianom, A. Wildisen, T. Hotz, [et al.] // Dig. Surg. 2003. № 20. P. 74–78.
8. Partial splenectomy: the preferred alternative for the treatment of splenic cysts/M.F. Brown, A.J. Ross, H.C. Bishop [et al.] // J. Pediatr. Surg. 1989. № 24. P. 694–696.
9. Partial splenectomy for benign cystic lesions of the spleen/A. Khan, A. Bensoussan, A. Ouimet [et al.] // J. Pediatr. Surg. 1986. № 21. P. 749–752.
10. Splenic cysts: aspiration, sclerosis, or resection/C. Moir, F. Guttman, S. Jequier [et al.] // J. Pediatr. Surg. 1989. № 24. P. 646–648.

References

1. CT of congenital and acquired abnormalities of the spleen/J.L. Freeman, S.Z. Jafri, J.L. Roberts [et al.] // Radiographics. 1993. № 13. P. 597–610.
2. Cystic Masses of the Spleen: Radiologic-Pathologic Correlation/M. Urrutia, P. Mergo, L. Ros [et al.] // RadioGraphics. 1996. № 16. P. 107–129.
3. 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.
4. Epithelial splenic cysts in children: surgical treatment by cyst-wall «peeling»/A. Calisti, M.L. Perrotta, Ph. Molle [et al.] // J. Pediatr. 2003. Sur. № 19. P. 300–302.
5. Dronov A.F., Poddubnyj I.V., Kotlobovskij V.I., Zalihin D.V. Laparoskopicheskaja hirurgija pri patologii selezenki u detej // Jendoskopicheskaja hirurgija. 1998. № 4. S. 18–22.
6. Laparoskopicheskie vmeshatel'stva pri kistah pecheni i selezenki/V.N. Filizhanko, E.G. Shemeneva, A.M. Fomin [i dr.] // Jendoskopicheskaja hirurgija. 1998. № 1. S. 56–57.
7. Open and laparoscopic treatment of nonparasitic splenic cysts/D. Gianom, A. Wildisen, T. Hotz, [et al.] // Dig. Surg. 2003. № 20. P. 74–78.
8. Partial splenectomy: the preferred alternative for the treatment of splenic cysts/M.F. Brown, A.J. Ross, H.C. Bishop [et al.] // J. Pediatr. Surg. 1989. № 24. P. 694–696.
9. Partial splenectomy for benign cystic lesions of the spleen/A. Khan, A. Bensoussan, A. Ouimet [et al.] // J. Pediatr. Surg. 1986. № 21. P. 749–752.
10. Splenic cysts: aspiration, sclerosis, or resection/C. Moir, F. Guttman, S. Jequier [et al.] // J. Pediatr. Surg. 1989. № 24. P. 646–648.