

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Кацупеев В.Б.¹, Чепурной М.Г.¹, Чепурной Г.И.¹, Шамсиев Ж.А.², Лейга А.В.¹, Воловик К.Г.¹, Розин Б.Г.¹, Хоронько Ю.В.¹, Кивва А.Н.¹**ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ИСТИННОЙ КИСТЫ СЕЛЕЗЁНКИ**¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 344022, г. Ростов-на-Дону;²Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, 703054, г. Самарканд**КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ.** Отечественные и зарубежные хирурги накопили огромный опыт по лечению истинных кист селезенки с использованием лапароскопических технологий. Лапароскопическая фенестрация солитарной кисты селезенки при соблюдении всех этапов операции позволяет свести число рецидивов к нулю.*Авторы описывают возникший рецидив истинной кисты селезенки при неполном удалении её оболочек. При повторной операции использована комбинированная методика деструкции кистозных оболочек диатермокоагуляцией и аргонным лазерным облучением с подведением пряжи большого сальника к поверхности обработанных кистозных оболочек. Наблюдение за ребёнком в течение полугода не выявило данных за рецидив заболевания, что свидетельствует о радикальности удаления кисты.*

Ключевые слова: истинная киста селезенки; хирургическое удаление.

Для цитирования: Кацупеев В.Б., Чепурной М.Г., Чепурной Г.И., Шамсиев Ж.А., Лейга А.В., Воловик К.Г., Розин Б.Г., Хоронько Ю.В., Кивва А.Н. Лечение рецидива истинной кисты селезенки. *Детская хирургия.* 2020; 24(2): 125-127. DOI: <https://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2020-24-2-125-127>**Для корреспонденции:** Чепурной Михаил Геннадьевич, доктор мед. наук, зав. каф. детской хирургии и ортопедии ФГБОУ ВО «РГМУ» МЗ РФ, 344022, г. Ростов-на-Дону. E-mail: chepur@rambler.ru*Katsupееv V.B.¹, Chepurnoy M.G.¹, Chepurnoy G.I.¹, Shamsiev Zh.A.², Leiga A.V.¹, Volovik K.G.¹, Rozin B.G.¹, Khoronko Yu.V.¹, Kivva A.N.¹***A TOTAL DESTRUCTION OF MEMBRANES IN A TRUE SPLENIC CYST IN CHILDREN – AN OBLIGATORY TECHNIQUE FOR ITS RADICAL REMOVAL**¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation;²Samarkand Medical Institute, Samarkand, 703054, Uzbekistan Republic*The authors describe a case when a recurrence of a true splenic cyst developed after non-radical excision of its membranes. During the second surgery, a combined surgical technique was applied for membranes destruction: diathermocoagulation, argon laser irradiation and taking a strand of the greater omentum closer to the surfaces of treated cyst membranes. Half a year later, there was no recurrence revealed at the follow-up examination. It indicates that the cyst was radically removed.*

Key words: true splenic cyst; surgical radical removal.

For citation: Katsupееv V.B., Chepurnoy M.G., Chepurnoy G.I., Shamsiev Zh.A., Leiga A.V., Volovik K.G., Rozin B.G., Khoronko Yu.V., Kivva A.N. A total destruction of membranes in a true splenic cyst in children – an obligatory technique for its radical removal. *Detskaya khirurgiya (Russian Journal of Pediatric Surgery)* 2020; 24(2): 125-127. (In Russian). DOI: <https://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2020-24-2-125-127>**For correspondence:** Mikhail G. Chepurnoy, MD, professor at department of pediatric surgery of Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation. E-mail: chepur@rambler.ru*Conflict of interest.* The authors declare no conflict of interest.*Acknowledgments.* The study had no sponsorship.

Received: , 2020

Accepted: April 13, 2020

Первичные, истинные кисты селезенки встречаются чрезвычайно редко и значительно варьируют в размерах [1, 2]. Соединительнотканная оболочка истинных кист выстлана эндотелием или эпителием. Они являются врожденными, дизэмбрионального происхождения и возникают в результате отшнуровывания зародышевого эндотелия брюшины и погружения его в ткань развивающейся селезенки или из внутриселезеночных лимфатических и кровеносных сосудов при отклонениях в их эмбриональном развитии. Встречаются и врожденные дермоидные кисты селезенки.

Всё изложенное определяет показания к оперативному лечению кист селезенки. Применявшиеся ранее пункции с энуклеацией кисты, спленотомия с марсупиализацией в настоящее время не применяются.

Алкоголизация селезеночных кист, предпринимаемая с целью сохранения органа, особенно у лиц молодого возраста приводит в ряде случаев к рецидиву заболевания [3].

В связи с этим в настоящее время хирурги предпочитают в первые годы жизни пациентов резекцию селезенки [4], учитывая её сегментарное строение [5], с полным удалением кистозного образования и оставлением части органа для выполнения его иммунокомпетентных функций в формирующемся организме. Спленэктомия, которую рекомендовал ранее ряд отечественных и зарубежных авторов независимо от возраста ребёнка [6–8], лишает его мощного иммунокомпетентного органа, оказывающего существенное влияние на развитие септических инфекций. Безусловно, принцип органосохраняющих хирургических вмешательств должен сочетаться с их радикальностью, что может быть выполнено с помощью современных технологий, в частности эндоскопии [9–11]. С разработкой современных методик воздействия химических и термических агентов на кистозную ткань усовершенствованы способы целевой ориентации на морфологическую особенность кист селезенки [12].

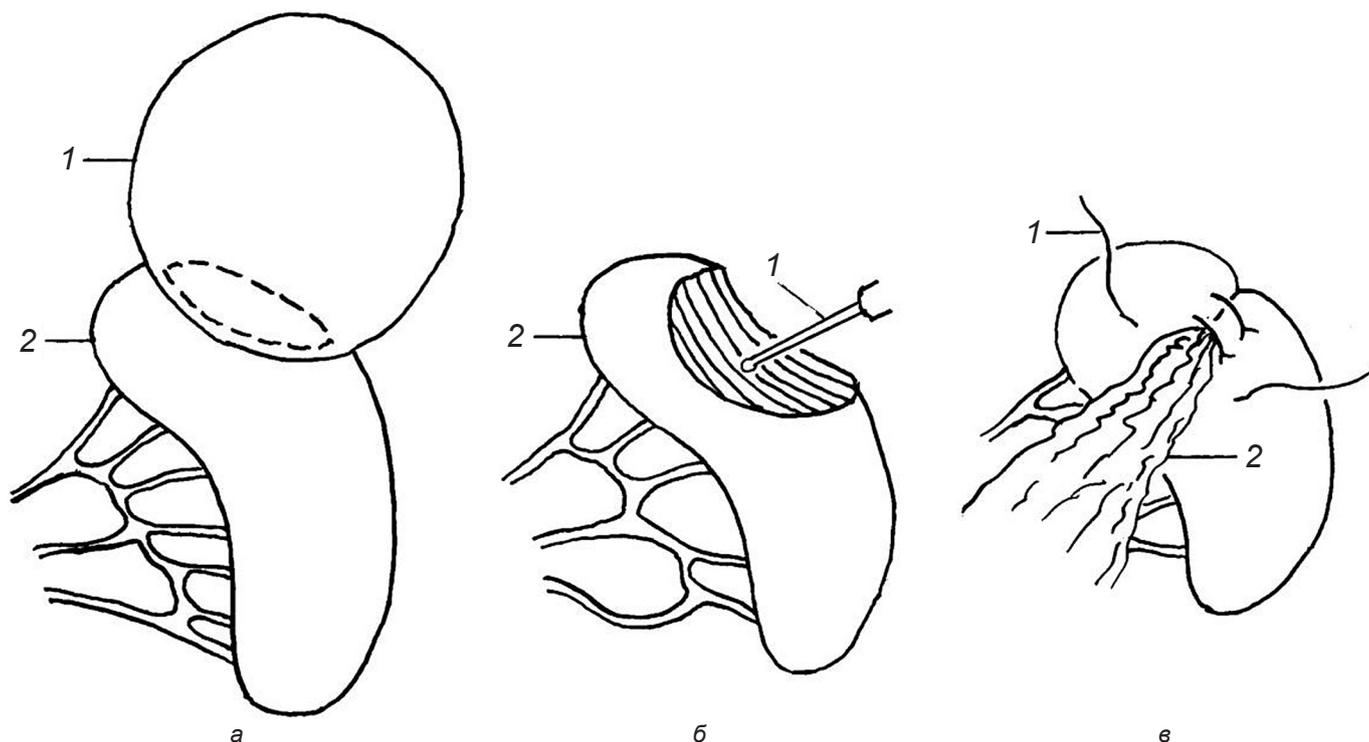


Рис. 1. Схема второго хирургического вмешательства у больной Ч.

а – взаимное расположение кисты (1) и селезёнки (2) до операции; *б* – обработка диатермокоагуляцией (1) кистозных оболочек, оставленных на ткани селезёнки (2); *в* – сшивание краёв селезёнки (1) и тампонада селезёночного дефекта прядью большого сальника (2).

Пример такого компромисса: сохранение неповреждённых кистой отделов селезёнки и отказ от резекции органа, которая технически трудно осуществима, – наше наблюдение.

Девочка Ч., 8 лет, поступила в клинику детской хирургии больницы № 20 г. Ростова-на-Дону 08.11.2018 г. с жалобами на тупые боли и тяжесть в подрёберной области левой половины живота. В течение 8 лет девочка была здорова. Жалобы появились в течение последнего месяца.

При клиническом обследовании никакой патологии со стороны основных жизненно важных систем организма не было обнаружено, лишь при глубокой пальпации левого подреберья определялся нижний полюс селезёнки, движущийся в вертикальном направлении синхронно с дыханием больной. При ультразвуковом исследовании обнаружено округлое объёмное образование, интимно связанное с селезёнкой и верхней границей, доходящей до нижней поверхности левой доли печени и диафрагмального купола. Содержимое кисты гомогенного характера заполняло всю округлую кистозную полость диаметром 6 см.

15.11.2018 г. выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В проекции верхнего сегмента селезёнки определяется округлой формы с чёткими контурами кистозное образование диаметром 6 см. В остальных отделах селезёнка не изменена, имеет ровные контуры и однородную структуру, смещена каудально. Селезёночная вена и брыжеечные сосуды – без изменений. Остальные органы – без патологических нарушений.

Выполнено лапароскопическое удаление кисты селезёнки 17.11.2018 г. Вначале выделена вся поверхность кисты от окружающих тканей, кистозная полость пунктирована с аспирацией 63 мл прозрачной серозно-геморрагической жидкости. Оболочки кисты иссечены по краю

селезёночной ткани с последующей коагуляцией кистозной поверхности, оставшейся на селезёнке. По окончании операции окружающие органы полностью заполнили пространство опорожнённой кисты селезёнки. Проведённое гистологическое исследование удалённых кистозных оболочек выявило, что соединительнотканная оболочка истинной кисты выстлана эндотелием, очагов злокачественного роста не обнаружено.

Послеоперационный период протекал гладко, и девочка была выписана домой на 12-е сутки после операции. Однако при контрольном ультразвуковом исследовании 29.01.2019 г. в зоне проведённого хирургического вмешательства обнаружено объёмное кистозное образование с прежней локализацией патологического процесса. Результаты проведённого исследования: контуры селезёнки ровные, чёткие; расположение – типичное. Структура паренхимы однородная, экзогенность обычная. Селезёночная вена не расширена. На границе верхнего полюса и среднего сегмента визуализируется округлое анэхогенное образование размерами 42 × 35 мм с чёткими и ровными контурами. Заключение: рецидив кисты селезёнки. Дальнейшее динамическое наблюдение за кистой обнаружило её постепенное увеличение. Так, ультразвуковое исследование селезёнки 24.07.2019 г. выявило увеличение кистозного образования; в этот период размеры его составили 65 × 52 мм.

Девочка повторно поступила в больницу 25.08.2019 г. После непродолжительной предоперационной подготовки выполнена лапаротомия разрезом длиной 14 см в левой подрёберной области. После разделения рыхлых спаек вскрыта кистозная полость (см. рисунок) и удалено около 70 мл прозрачной серозно-геморрагической жидкости с обнажением площадки оболочек на поверхности селезёнки. С помощью диатермокоагуляции и ар-

гонного лазера произведена тщательная деструктуризация селезёночной поверхности. На неё уложена прядь большого сальника и над нею произведено шивание краёв селезёнки узловыми викриловыми швами (Vicryl 4/0). Послойно ушита передняя брюшная стенка без дренирования брюшинной полости. Послеоперационный период протекал благоприятно с полным восстановлением функций всех жизненно важных систем организма. После снятия кожных швов девочка выписана из клиники в удовлетворительном состоянии домой на 11-е сутки после операции. Пациентка прошла контрольное обследование спустя 6 мес после операции: признаков рецидива кисты селезёнки не обнаружено.

Таким образом, агрессивность первичных (истинных) кист селезёнки является особенностью их клинического течения и только удаление их внеорганных частей оболочек с тщательным разрушением эндо- или эпителиального покрова оболочек, оставленных на органе, является гарантией их безрецидивного послеоперационного течения. Возникающие при этом полости в селезёночной ткани могут быть заполнены с помощью оментопексии, выполняющей при этом не только тромбирующую, но также гемостатическую и дренажную функции. Только полное разрушение эпителиального или эндотелиального покрова кистозных оболочек, достигаемое с помощью современных средств деструкции, способно в настоящее время выполнить органосохраняющую операцию, не разрушив систему иммунокомпетентных органов растущего организма ребёнка, заменив ею более сложное хирургическое вмешательство, связанное с резекцией селезёнки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ширяев А.А., Мусаев Г.Х., Харнас С.С. и др. Непаразитарные кисты селезёнки, методы хирургического лечения. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2013; 4: 26-32.
2. Кучеров Ю.И., Адлейба С.Р., Жиркова Ю.В. Редкое наблюдение кисты селезёнки больших размеров у новорождённого. *Детская хирургия*. 2018; 22(4): 211-3.
3. Морозов Д.А., Горемыкин И.В., Турковский В.Б. и др. Кистозные образования селезёнки у детей. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2011; 3: 724-6.
4. Cai H., An Y., Wu D. et al. Laparoscopic parical splenectomy: a preferred method for select patients. *Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2016; 26(12): 1010-4.
5. Возгомент О.В., Пыков М.И., Зайцева Н.В. и др. Нормативные критерии и способ оценки размеров селезёнки у детей. *Доктор Ру*. 2014; 99(11): 10-4.
6. Поддубный И.В., Евстафьева И.И., Исаев А.А., Толстов К.Н. Лапароскопическая спленэктомия у детей с микросфероцитарной анемией и β-талассемией. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2012; 4: 11-3.
7. Бабич И.И., Чепурной Г.И. Аутоотрансплантация селезёночной ткани при травмах органов брюшной полости у детей. Ростов-на-Дону. 2000; 106 с.
8. Rescorla F.J. Laparoscopic Splenectomy. *Semin Pediatr Surg*. 2002; 11: 226-32.
9. Поддубный И.В. Непаразитарные кисты селезёнки у детей. *Детская хирургия*. 2004; 1: 44-6.
10. Поддубный И.В., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. и соавт. Непаразитарные кисты селезёнки у детей. *Эндоскопическая хирургия*. 2004; 3: 30-8.
11. Мызин А.В., Кулешов В.Г., Степанов А.Э. и соавт. Результаты хирургического лечения непаразитарных кист селезёнки у детей. *Детская хирургия*. 2018; 22(1): 32-5.
12. Батаев С.М., Беляева А.В., Беляева О.А. и соавт. Критерии выбора технологии хирургического лечения детей с непаразитарными кистами селезёнки. *Детская хирургия*. 2019; 23(1): 14-9.
1. Shiryayev A.A., Musaev G.H., Harnas S.S. et al. Non-parasitic splenic cysts. Methods of surgical treatment. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2013; 4: 26-32. (in Russian)
2. Kucherov Yu.I., Adleyba S.R., Zhirkova Yu.V. Rare observation of a large splenic cyst in a newborn (clinical case). *Detskaya Khirurgiya*; 2018; 22(4):211-3. (In Russian)
3. Morozov D.A., Goremykin I.V., Turkovsky V.B. et al. Cystic growths of spleen in children. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal*. 2011; 3: 724-6. (in Russian)
4. Cai H., An Y., Wu D. et al. Laparoscopic parical splenectomy: a preferred method for select patients. *Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2016; 26(12): 1010-4.
5. Vozgoment O.V., Pykov M.I., Zajtseva N.V. et al. Regulatory criteria and method for assessing the size of the spleen in children. *Doctor. Ru*. 2014; 99(11): 10-4. (in Russian)
6. Poddubny I.V., Evstafieva I.I., Isaev A.A., Tolstov K.N. Laparoscopic splenectomy in children with microspherocytic anemia and β-thalassemia. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reabilitologii*. 2012; 4: 11-3. (in Russian)
7. Babich I.I., Chepurnoy G.I. *A Lienal Tissue Autotransplantation for Abdominal Traumas in Children [Autotransplantatsiya selezyenochnoy tkani pri travmakh organov bryushnoy polosti u detey]*. Rostov-on-Don: 2000. (in Russian)
8. Rescorla F.J. Laparoscopic Splenectomy. *Semin. Pediatr. Surg.* 2002; 11: 226-32.
9. Poddubny I.V. Nonparasitic spleen cysts in children. *Detskaya khirurgiya*. 2004; 1: 44-6. (in Russian)
10. Poddubny I.V., Dronov A.F., Smirnov A.N. et al. Nonparasitic spleen cysts in child-ren. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2004; 3: 30-8. (in Russian)
11. Myzin A.V., Kuleshov V.G., Stepanov A.Eh. et al. Results of surgical treatment of nonparasitic splenic cysts in children. *Detskaya khirurgiya*. 2018; 22(1): 32-5 (in Russian)
12. Bataev S.M., Belyaeva A.V., Belyaeva O.A. et al. Criteria for the Selection of Tech-nologies for the Surgical Treatment of Children with Non-parasitic Spleen Cysts. *Detskaya khirurgiya*. 2019; 23(1): 14-9 (in Russian)

Поступила 08 декабря 2019

Принята в печать 13 апреля 2020