

УДК: 616.411-003.4-053.5-089  
 © Ксьонз І.В., Притула В.П., 2013

## СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ КІСТ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ Ксьонз І.В., Притула В.П.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Представлена робота є фрагментом наукової теми «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики», номер державної реєстрації 0105U007095.

**Вступ.** Кісти селезінки (КС) відносять до числа захворювань, які рідко зустрічаються. За даними R.Fowler до 1952 року в світовій літературі опубліковано 256 випадків. До 1972 року кількість спостережень з приводу КС виросло до 653. Інші автори наводять більш скромну статистику. Ю.А. Земляной вказує на той факт, що до 1980 року в літературі описано трохи більше 200 випадків спостережень хворих з непаразитарними кістами селезінки [9]. Питома вага непаразитарних кіст селезінки складає 0,5-2,0% від усіх її захворювань. Відомо, що кісти частіше зустрічаються у дорослих віком 20-50 років, при цьому чоловіки хворіють в 4 рази менше за жінок [5,6]. В той же час КС виявляють і у дітей, про що свідчать публікації [3,4]. Органозберігаючі оперативні втручання займають пріоритетне місце в сучасній хірургії. З розвитком відеолапароскопічних технологій змінилась хірургічна тактика, але до цього часу не розроблені та не уніфіковані показання до застосування відкритих, лапароскопічних та черезшкірних УЗД-контрольованих пункційних втручань при кістозних утвореннях селезінки. Для лікування КС використовують різноманітні підходи та хірургічні втручання, які залежать від типу, розміру, локалізації кісти, її розташування відносно інших органів, характеру вмісту та загального стану хворого.

Більшість авторів вважають, що наявність утворення селезінки є абсолютним показанням до оперативного втручання [5]. Деякі автори притримуються тактики активного очікування, вважаючи за необхідне проведення динамічного УЗД, а оперативні втручання проводять тільки при загрозі розриву кісти, коли діаметр утворення більше за 4 см.

Погляди на оптимальний метод хірургічного лікування діаметрально протилежні. Досі продовжується полеміка з приводу мініінвазивних органозберігаючих втручань і «класичного» лікування – спленектомії [2,5]. Проте загально відомо, що після спленектомії часто розвиваються ускладнення, які досить тяжко корегувати. До цих ускладнень перш за все необхідно віднести вторинний імунodefіцит та коагулопатії [6]. В останні роки з'явилися повідомлення про різноманітні методи малоінвазивного лікування хворих з непаразитарними кістами селезінки. Частіше за все використовують лапароскопічну фенестрацію або дренажування кіст [8]. Але при виконанні даних оперативних втручань часто відмічають інтраопераційні розриви капсули селезінки з кровотечею, що призводить до розширення об'єму операції, аж до спленектомії

[5]. Мала кількість та складність оперативних втручань при КС труднощі передопераційної діагностики, небезпека неконтрольованої кровотечі під час операції стала стимулом для проведення органозберігаючих операцій на селезінці [7,8].

**Мета досліджень.** Розробити органозберігаючі операції для лікування КС у дітей.

**Об'єкт та методи дослідження.** В клініках дитячої хірургії Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця та ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» знаходилось на стаціонарному лікуванні 114 пацієнтів віком від 2 до 17 років з КС.

При госпіталізації в клініку всім дітям проводили повний комплекс клініко-інструментальних обстежень. Лабораторні аналізи (загальний аналіз крові, сечі, група та резус крові, біохімічні показники крові, коагулограма, імунологічні дослідження) визначали за стандартними методиками.

Серед інструментальних обстежень проводили оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини (n=114), УЗД черевної порожнини (n=114), комп'ютерну томографію (n=36), МРТ(3).

Основна роль в діагностиці КС у дітей належить ультразвуковому дослідженню з доплерографією. Комп'ютерну та магніторезонансну томографію виконували для уточнення топографо-анатомічних співвідношень КС селезінки з органами, які знаходяться поряд, а також для проведення диференційної діагностики КС з захворюваннями черевної порожнини та заочеревного простору.

КС не мають чіткої клінічної картини. Ця патологія у дітей виявляють при амбулаторних профілактичних оглядах випадково або при УЗД органів черевної порожнини. Як правило, кісти селезінки протікають безсимптомно. Коли розміри кіст досягають критичних меж, з'являються скарги на біль в лівому підбер'ї, виникають диспептичні розлади: відрижка, нудота, блювота, відчуття розпирання та здуття живота, затримка сечі та проблеми з відходженням калу. При локалізації КС великих розмірів в верхньому полюсі органу може з'являтися ядуха, кашель, тахікардія, розвиток ателектазу в базальних сегментах лівої легені та нижньодольова пневмонія. При великих розмірах кісти виникає помітна асиметрія живота за рахунок селезінки, яка випирає в лівому підбер'ї, в окремих випадках можна пропальпувати малоблючче, помірнорухоме або нерухоме пухлиноподібне утворення щільноеластичної консистенції.

Диференційну діагностику КС у дітей необхідно проводити з спленомегаліями різного генезу, кістами лівої долі печінки, об'ємними утвореннями кишечника, нирок та органів малого тазу у дівчат.

Наша думка на рахунок показань до оперативних втручань при КС збігається з думкою Fusetti S. et al. [10]. Вважаємо, що кісти більше 2 см в діаметрі повинні бути прооперовані. Інші автори, Rohr

S. et al. [11] вважають показом до операції розміри кисти більше 5 см. Разом з тим Tenersello F.L. et al. [11] вважають, що постратравматичні кисти розміром меншими за 4 см протягом 6-36 місяців мають здатність резорбуватися.

Лапаротомія і спленектомія при КС вважається операцією вибору у зв'язку з тим, що органозберігаючі операції не можуть забезпечити гарантії відсутності рецидивів.

Методом збереження селезінки при КС є марсупілізація, або зовнішнє дренажування кисти. Проте ця операція є досить травматичною та може призвести до ряду ускладнень (інфікування, кровотеча).

Останнім часом проходить перегляд хірургічної тактики відносно КС. Все більше при цій патології знаходять місце сучасні органозберігаючі технології, мінімально-інвазивні технології та консервативні заходи.

Мала кількість органозберігаючих оперативних втручань обумовлена цілою низкою факторів: рідкістю даного захворювання, складністю діагностики, передопераційної підготовки, інтраопераційними ускладненнями. Спроби проведення через шкірних пункцій КС з наступним склерозуванням порожнини кисти 96% етиловим спиртом, або розчином міноцикліну хлориду призводить до рецидивів, так як вистелення кіст частково залишається неушкодженою [7].

Описані методики тотальної цистектомії та парціальної декапсуляції кисти. Парціальна декапсуляція вважається безпечною і простою операцією. Ризик рецидивів мінімальний. Деякі автори доповнюють цю операцію тампонадою порожнини кисти пасмом великого чепця. Однак на нашу думку, ці методи не запобігають можливому рецидиву, і можуть бути причиною тотального злукового процесу органів черевної порожнини.

З розвитком лапароскопічної техніки оперативних втручань в 1985 році настав час коли B.Salky вперше використав мініінвазивну технологію в хірургії доброякісних новоутворень селезінки. В даний час лапароскопічно виконується парціальна цистектомія, лапароскопічна фенестрація стінок кисти за допомогою УЗ-скальпелю, радіохвильового скальпелю, лапароскопічна резекція селезінки зшивальним апаратом Endo-Gia, які супроводжуються мінімальним перебування хворих в стаціонарі і позитивними віддаленими результатами. Нове покоління лапароскопічних інструментів дозволяє проводити ці оперативні втручання за допомогою мікролапароскопічних (голкових) троакарів 5-міліметрового пупкового та двох 3 міліметрових, які водяться субкостально. Тому виникає необхідність розробки, впровадження та подальшого дослідження малоінвазивних втручань при кістозних утвореннях селезінки.

В літературі зустрічаються поодинокі повідомлення про парціальну резекцію селезінки у невеликій кількості пацієнтів, або експериментальну частину досліджень.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Нами прооперовано 114 дітей з КС. Лише в одному випадку виконано спленектомію при супутній патології - карциноїду підшлункової залози (при резекції хвоста підшлункової залози була пошкоджене

на селезінкова вена).

У 93 випадках проведено лапаротомію, парціальну резекцію селезінки за розробленими нами оригінальними методиками, окремо для кожного сегменту селезінки – верхнього, середнього, нижнього, або комбінованого: верхнього + середнього та нижнього + середнього.

Суть операції полягає в мобілізації уражених сегментів селезінки з урахуванням її кровопостачання. Обов'язковою умовою є пункція кисти з аспірацією її вмісту. Після цього проводили розкриття порожнини кисти та санація її порожнини спочатку 10% розчином настойки йоду, 70% етиловим спиртом і 0,02% розчином хлоргексидину із п'ятихвилинною експозицією кожного антисептика. Резекцію ураженої ділянки селезінки проводили за допомогою зшивального апарату УКЛ-60. З 2008 року було проведено резекції селезінки за допомогою УЗ-скальпелю «Гармонік-300» (Eticon) 7 дітям віком від 9 до 14 років. Для стабілізації гемостазу в найбільш небезпечні ділянки селезінки додатково прошивали ниткою «Prolen» № 3/0. В окремих випадках на культю органу та лінію швів накладали гемостатичну пластину «Surgicel» (Eticon). Під час проведення оперативного втручання та в післяопераційному періоді ускладнень не виникало. Всі пацієнти виписані на 7-10 день. Летальних випадків не було.

У 16-ох пацієнтів вікової категорія від 8 до 15 років проведено відеолапароскопічне втручання за допомогою відеолапароскопу «Эле ПС» (м.Казань) та «Karl Storz» (Німеччина). Розташування кіст: 4 було в середньому сегменті, 8 в нижньому полюсі, 4 у верхньому полюсі.

Показаннями до малоінвазивних відеолапароскопічних втручань були визначені:

- 1) кисти селезінки величиною від 2,5 до 6,0 см;
- 2) кисти розташовані підкапсульно в нижньому полюсі селезінки або середньому сегменті та не ближче 2,0 см від воріт селезінки;
- 3) кисти непаразитарні та вторинні (хибні), підтверджені за даними УЗД, КТ та імунологічних досліджень імуноферментного аналізу.

Такий ретельний відбір хворих обумовлений нашими вимогами до якомога радикальнішого видалення кисти селезінки. Пункційні методи, фенестрація та секвестрація істинних кіст дають майже 90% рецидивів. Основним показанням до органозберігаючої лапароскопічної операції на селезінці є непаразитарна хибна кіста селезінки розміром до 10 см з її периферійним розташуванням і терміном після отримання травми 2-3 роки.

Враховуючи можливість виникнення кровотечі з судин та синусів паренхіми селезінки у 5 випадках ми використовували УЗ скальпель, за допомогою якого проводили видалення стінок кисти селезінки та дееспітелізацію порожнини кисти. У 2 випадках маніпуляції проводили за допомогою стандартної монополярної коагуляції. В одному випадку виникла неконтрольована кровотеча, була виконана лапаротомія та резекція нижнього полюсу селезінки за допомогою УЗ скальпелю Гармонік 300 (при гістологічному дослідженні встановлений діагноз гемангіома селезінки).

Проведений аналіз перебігу раннього та віддаленого післяопераційного періодів. Віддалені ре-

зультати вивчені в усіх пацієнтів в термін від 6 місяців до 10 років. Для оцінки післяопераційного стану проводили клінічно-лабораторні обстеження і УЗД селезінки та органів черевної порожнини і заочеревного простору. Залишкових порожнин і рецидиву кісти не виявлено. Імунний статус прооперованих дітей непорушений.

Досить велика кількість пацієнтів з КС прооперованих за методом парціальної резекції, з позитивними післяопераційними та віддаленими результатами дозволяє нам зробити наступні **висновки**:

1. Парціальна резекція селезінки є надійним методом лікування кіст селезінки у дітей, що забезпечує безпечне проведення оперативного втру-

чання, дозволяє зберегти селезінку як орган.

2. Правильно проведене оперативне втручання при кістах селезінки забезпечує добрі ранні та віддалені результати лікування та забезпечує високу якість життя.

3. При достатньому технічному забезпеченні дану категорію оперативних втручань можливо виконувати за допомогою лапароскопічних технологій.

**Перспективи подальших досліджень.** Накопичений досвід вказує на низку проблем в діагностиці та лікуванні кіст селезінки у дітей та спонукає до пошуку і розробки нових способів лікування цієї патології.

## ЛІТЕРАТУРА:

1. **Апарцин К.А.** Хирургическая профилактика и способы коррекции послеоперационного гипоспленизма. // Дис. ... доктора мед. наук. Иркутск. 2001. 288 с.
2. **Борсуков А.В.** Методологические основы применения ультразвуковой томографии в малоинвазивном лечении очаговых поражений селезенки. // Sonoace Ultrasound 2001. №9. С. 3-8.
3. **Делягин В.М., Поляев Ю.А., Исаева М.В., Гарбузов Р.В.** Эхография селезенки у детей и подростков. // Sonoace Ultrasound 2009. - №19. С.57-68.
4. **Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Вишневыский В.А., Дедов К.А.** Первый опыт лапароскопических операций при патологии селезенки у детей. // Эндоскопическая хирургия. 1997. №1. С. 59-60.
5. **Кубышкин В.А., Ионкин Д.А.** Опухоли и кисты селезенки, Москва: ИД Медпрактика-М; 2007. 288 с.
6. **Павловский М.П., Чуклин С.Н., Орел Г.Л.** Влияние спленэктомии на иммунологическую ре-

активность (Обзор литературы). // Хирургия. 1986. № 6. С. 136-141.

7. **Тимербулатов М.В.** Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки/ М.В.Тимербулатов, А.Г.Хасанов, Р.Р.Фаязов, Ф.А.Каюмов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004 – 224 с.

8. **Cala Z, Cvitanovic B Perko Z et al.** (1995) Laparoscopic treatment of nonparasitic cysts spleen and liver. //New technology in surgery. Abstract book. 1995. Luxemburg. FP28.P.36-37.

9. **Fowler R.H.** Surgery of cysts of the spleen / Ann. Surg. 1996. N. 74. p.20

10. **Fusetti C., Maggiore D., Reily I.** Primary cysts of the spleen:apropos 3 cases with a review of the literature // Ann. Ital. Chir. – 1998. –Vol.121, № 6. – P. 783-787.

11. **Targarona E.M., Martinez J., Ramos C. et. al.** Conservative laparoscopic treatment of a posttraumatic splenic cyst. Surg Endosa, 1995; 9(1) 71-72.

**Ксьонз І.В., Прытула В.П.** Сучасні технології в лікуванні кіст селезінки у дітей // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 80-82.

В статті представлені результати лікування 114 дітей віком від 2 до 17 років з кістами селезінки. У 93 випадках проведено лапаротомію, парціальну резекцію селезінки за розробленими нами оригінальними методиками, окремо для кожного сегменту селезінки – верхнього, середнього, нижнього, або комбінованого: верхнього + середнього та нижнього + середнього. У 16-ох пацієнтів вікової категорія від 8 до 15 років проведено відеолапароскопічні оперативні втручання. Лише в одному випадку виконано спленектомію при супутній патології - карциноїду підшлункової залози. Проведений аналіз перебігу раннього та віддаленого післяопераційного періодів. Віддалені результати вивчені в усіх пацієнтів в термін від 6 місяців до 10 років. Залишкових порожнин і рецидиву кісти не виявлено. Імунний статус прооперованих дітей непорушений.

**Ключові слова:** діти, кісти селезінки, оперативне лікування.

**Ксёэн И.В., Прытула В.П.** Современные технологии в лечении кист селезенки у детей // Украинский медицинский альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 80-82.

В статье представлены результаты лечения 114 детей возрастом от 2 до 17 лет с кистами селезенки. В 93 случаях произведено лапаротомию, парциальную резекцию селезенки по разработанным нами оригинальным методикам отдельно для каждого сегмента селезенки – верхнего, среднего, нижнего, или комбинированного: верхнего+среднего, нижнего+ среднего. У 16 пациентов возрастом от 8 – 15 лет проведено видеолaparoscopicкие оперативные вмешательства. Только в одном случае выполнено спленэктомия при сопутствующей патологии – карциноиде поджелудочной железы. Проведенный анализ протекания раннего и отдаленного послеоперационного периода. Отдаленные результаты изучены у всех пациентов в сроки от 6 месяцев до 10 лет. Остаточных полостей и рецидивов кист не выявлено. Иммунологический статус прооперированных детей не нарушен.

**Ключевые слова:** дети, кисты селезенки, оперативное лечение.

**Ksonz I.V., Prytula V.P.** Modern technologies in treatment of cysts of spleen for children // Украинский медицинский альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 80-82.

The results of treatment of 114 children aged from 2 to 17 years with cystic spleen were represented in this article. In 93 cases, was laparotomy, partial resection of the spleen according to our original techniques for each segment of the spleen - top, middle, bottom, or a combination of: + upper middle, lower middle +. The 16 patients between the ages of 8 - 15 years were performed videolaparoscopic surgery. Only in one case, splenectomy were performed with concomitant disease - pancreatic carcinoid. The analysis of the progress of the early and late postoperative period. Long-term results were studied in all patients in the period from 6 months to 10 years. Residual cavities and recurrence of cysts were not found, immune status of the operated children was not affected.

**Key words:** children, splenic cyst, surgery.

Надійшла 16.11.2012 р.  
Рецензент: проф. Ю.Г.Бурмак