

© І.В. Ксьонз

УДК 616.411-006-053.3/.5-089

**І.В. Ксьонз**

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дана 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.** Пухлини селезінки у дітей відносяться до дуже рідких захворювань [2].

В даний час стало очевидним, що при широкому використанні сучасних методів інструментального обстеження пухлинні і кістозні ураження селезінки, здавалось би рідкісні в недалекому минулому, будуть виявлятися своєчасно і регулярно. Але морфологічна верифікація цих утворень на етапі обстеження часто залишається важким завданням, або завданням яке не має рішення.

Тільки в поодиноких випадках лікар може взяти на себе відповідальність рекомендувати динамічне спостереження. Це можливо тільки при наявності не паразитарних кіст малих розмірів, які не дошкуляють хворому.

Достатній арсенал традиційних і сучасних малоінвазивних лікувальних технологій дає можливість індивідуалізувати вибір методу лікування, який можливий при високій якості діагностики [3].

В хірургії селезінки, найменш вивченими залишаються органосберігаючі технології. Разом з тим, сучасні знання про виключну роль селезінки в регулюванні систем гомеостазу і життєдіяльності вимагають прикласти всі зусилля для збереження органу. При цьому боязнь хірургів, що до не контрольованих кровотеч може бути мінімізована володінням органозберігаючими методами, достатньою кваліфікацією, використанням сучасних гемостатичних засобів. Більшість дослідників, вказують на те, що якість життя пацієнтів залишається високим тільки при збереженні функції органу. За такою позицією майбутнє.

До осередкових утворень селезінки відносять злоякісні і доброякісні пухлини, істинні, хибні і паразитарні кісти, а також абсцеси. Ці захворювання зустрічаються достатньо рідко – від 0.5 до 2% від всіх уражень [3,8]. Це можна пояснити тим, що селезінка має достатньо ретикулоендотелію, який запобігає виникненню новоутворень.

Більшість публікацій присвячено одиничним випадкам [2,4,8]. По даним N. Voner (1990) частота новоутворень селезінки складає 3.2 - 4.2%.

Що стосовно класифікації пухлин селезінки, то є декілька - класифікація ВОЗ №14 (1976 року), за міжнародною класифікацією хвороб (МКХ – 10),

за Morgenstern L., (1985), та за Volk M., Strotzer M., (2005) [10].

На наш погляд найбільш повна і що відображає клінічну та морфологічну картину є класифікація Morgenstern L.,

Класифікація пухлин селезінки за Morgenstern L., (1985)

### I. Пухлиноподібні зміни

A. Не паразитарні кісти.

Б. Гамартома

### II. Васкулярні пухлини

A. Доброякісні:

1. Гемангіоми;

2. Лімфангіоми;

3. Гемангіоендотеліома;

4. Гемангіоперицітома.

Б. Злоякісні:

1. Гемонгіосаркома;

2. Лімфангіосаркома;

3. Гемангіоендотеліальна саркома;

4. Злокачественная гемангіоперицітома.

### III. Лімфоїдні пухлини

A. Хвороба Hodgkin;

Б. Неходжкінська лімфома;

В. Плазмоцітома;

Г. Лімфоподібні захворювання:

1. Макрофолюлярна псевдолімфома (пухлина Castleman);

2. Локалізована реактивна лімфоїдна гіперплазія;

3. Псевдопухлина запального генезу.

### IV. Нелімфоїдні пухлини:

A. Ліпома, ангиоліпома, мієлоліпома;

Б. Злоякісна фіброзна гістоцітома;

В. Фібросаркома;

Г. Лейоміосаркома;

Д. Злоякісна тератома;

Е. Саркома Kaposi.

**Мета роботи** – вивчити особливості клінічного перебігу, інформативність допоміжних методів обстеження та розробити оптимальні підходи до діагностики та лікування дітей з пухлинами селезінки.

**Об'єкт і методи дослідження.** За період з 1998 по 2007 року проліковано 8 дітей з діагностованими пухлинами селезінки, з них 5 хлопчиків і 3 дівчинки. Вік дітей від 4 до 12 років. Дітей з лімфангіомами було троє, з гемангіомами також троє, у однієї дитини була гемангіоперицитомою і в однієї тератома селезінки. З ціллю виявлення найбільш достовірних ознак пухлин селезінки у дітей ми провели

аналіз анамнестичних даних та клінічних проявів. Всім пацієнтам були виконані загальноклінічні обстеження. Одним із головних методів діагностики пухлин селезінки є ультразвукове дослідження. Як правило при ультразвуковому дослідженні первинно діагностуються пухлини селезінки, встановлюють точну локалізацію відносно полюсів та воріт, а також визначають розміри утворення. Обов'язково кожній дитині проводили рентгенографію органів грудної і черевної порожнин комп'ютерну томографію і при необхідності магнітно-резонансну томографію.

З 8 випадків було виконано 5 органозберігаючих операцій – резекції селезінки і 3 спленектомії. Спленектомії були виконані при геангіперцитомі селезінки, тератомі селезінки та при лімфангіомі селезінки великих розмірів.

У всіх випадках було виконано гістологічне дослідження матеріалу отриманого під час оперативного втручання. Катамнез становить від 3 до 10 років.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Усі діти перебувають під динамічним спостереженням у віддаленому післяопераційному періоді. Вони розвиваються згідно з віком, скарг не мають.

Аналіз літератури свідчить, що при доброякісних пухлинах клінічні прояви наступають поступово. Пацієнти не можуть вказати точні строки проявів при знаків захворювань, що обумовлено повільним ростом доброякісних новоутворень [9].

Вивчаючи анамнез у наших хворих нами було встановлено, що перші прояви хвороби спостерігалися від 2 місяців до 3 років. У них були скарги на почуття тяжкості і розпирання в лівому підребер'ї – 3 спостереження, збільшення живота - 2 ( тератома та лімфангіома).

Всі утворення були виявлені під час ультразвукового обстеження, яке проводили після того, як хворі вказували на біль в лівому підребер'ї, що зв'язано з розтягненням капсули і зв'язочного апарату селезінки, а також із здавлюванням нею навколишніх органів (**рис.**). Нерідко підсилюється біль при фізичному навантаженні і при зміні положення тіла [5].

При огляді хворих у 2 із 8 спостерігалася асиметрія живота, за рахунок мезогастральної ділянки зліва. Також спостерігали блідість шкіри, що підтверджувалось зниженням гемоглобіну в межах 105 – 120 г/л.

У 4 було ослаблене дихання і з болями в серці ці пацієнти зверталися до педіатра. Тиск новоутворення на діафрагму розташованої в верхньому полюсі селезінки, може обумовити появу задухи, тахікардії, кашлю, розвиток ателектазу в базальних сегментах лівої легені і навіть нижньодольової пневмонії.

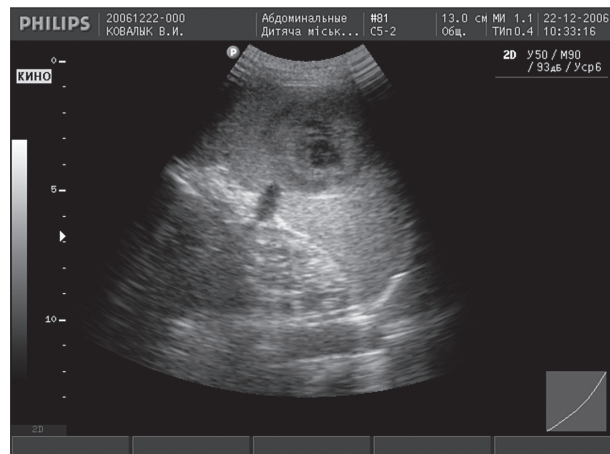
При пальпації в лівому підребер'ї на не вдалося виявити пухлино – подібні утворення селезінки.

Внаслідок компресії на сусідні органи не рідко з'являються болі, значно знижується маса тіла, наростає слабкість - зниження апетиту спостерігали у всіх пацієнтів, схуднення у двох випадках.

Здавлювання лівої ниркової артерії тератомою призвело до появи інтермітуючої гіпертензії та дизуричних розладів.

Судинні пухлини селезінки вважаються тими, які найбільш зустрічаються первинними новоутвореннями органу [1]. Як правило зустрічаються пухлини діаметром менше 2 см, які звично виявляються випадково і тому називаються інциденталомами. Рідше вони мають великі розміри або множинний характер – ангіоматоз з ураженням практично всієї тканини селезінки. Подібне ураження, як правило, супроводжуються гемангіомами або гемангіоматозом інших локалізацій [7]. В оперованих нами дітей розміри пухлин були більше 3 см. Так гемангіоперицитома була 3- 4 см в діаметрі по даним комп'ютерної томографії, а на розрізі усіяна мілкими пухлинами різного діаметру. Гемангіоми і лімфангіоми були від 3 до 5 см в діаметрі, а тератома більше 7 см.

Серед ускладнень в післяопераційному періоді в одному випадку при лімфангіомі селезінки, була кровотеча з культі селезінки, що потребувала релaparотомії і зупинки кровотечі шляхом накладання додаткового шва.



**Рис. УЗ картина гемангіоперицитомі у дитини К. 13 років.**

### **Висновки.**

1. Набір симптомів пухлин селезінки дуже варіабельний, але в більшості випадків супроводжується болями в лівому підребер'ї, слабкістю, втратою апетиту та схудненням.

2. При встановленні діагнозу пухлина селезінки показане хірургічне лікування, операцію вибору може бути резекція селезінки, якщо дозволяють анатомічне розташування та результати цитологічного дослідження.

**Перспективи подальших досліджень.** За рахунок перспективи більш широкого використання неінвазивних методів дослідження практичним лікарям доведеться частіше зустрічатися з утвореннями селезінки особливо у дітей.

### Список літератури

1. Воробьев А.И. (под ред.) Руководство по гематологии. 3 тома. "Ньюдиамед". Моск-ва. 2003.
2. Журило И.П. Непаразитарные кисты селезёнки у детей / И.П.Журило, В.К.Литовка, В.П.Кононученко, В.З. Москаленко // Хирургия. - 1993. - № 8. - С. 59-61.
3. Кубышкин В.А. Правильный диагноз - оптимальная хирургическая тактика у больных с очаговыми образованиями селезёнки / Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Кунцевич Г.И., [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - Т.5. - С. 278-279.
4. Кургузов О.П. Непаразитарные кисты селезёнки (Обзор литературы) / О.П. Кургузов, Н.А. Кузнецов, Е.Г. Артюхина // Хирургия. - 1990. - № 6. - С. 130-134.
5. Цап Н.А. Непаразитарные кисты селезёнки у детей / Н.А. Цап, В.М. Одинак // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 1989. - № 8. - С. 98-99.
6. Borner N. Echogenic splenic lesions - incidence and differential diagnosis / N.Borner, W.Blank, J. Bonhof, K.Frank // Ultraschall Med. - 1990. - № 11(3). - P. 112-118.
7. Defau J.P., Isolated diffuse haemangiomas of the spleen with Kasaback-Meritt like syndrome / J.P.Defau, A. Tourneau, J. Audouin, A.Delmer [et al.] // Histopathology. - 1999. - V. 35. - P. 337-344.
8. Gomez B. Splenic pseudocystic. Report of a case / B. Gomez, M. Alvarado, S.D"Amores [et al.] // G.E.N. - 1994. - V. 48(2). - P. 108-110
9. Itabashi K. MR imaging of splenic masses / K. Itabashi, A. Kochno, C. Hayano, T. Hayano // Risho Hoshasen. - 1990. - V.35 (6). - P. 691-9.
10. Volk M. Bildebende Diagnostik bei Milzerkrankungen / M. Volk, M. Strotzer // Spr. Med. Verl. - 2005. - № 10. - P. 1337-1358.

**УДК** 616.411-006-053.3/.5-089

#### **ХИРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ**

**Ксьонз І.В.**

**Резюме.** Вивчено особливості клінічного перебігу, інформативність допоміжних методів обстеження та розроблені оптимальні підходи до діагностики та лікування дітей з пухлинами селезінки. Проаналізовано результати лікування 8 дітей з пухлинами селезінки. Виконано 5 органозберігаючих операцій та 3 спленектомії.

**Ключові слова:** діти, пухлини селезінки, спленектомія.

**УДК** 616.411-006-053.3/.5-089

#### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ**

**Ксёнз И.В.**

**Резюме.** Изучены особенности клинического течения, информативность вспомогательных методов обследования и разработаны оптимальные подходы к диагностике и лечению детей с опухолями селезенки. Проанализированы результаты лечения 8 детей с опухолями селезенки. Выполнено 5 органосохраняющих операций и 3 спленектомии.

**Ключевые слова:** дети, опухоли селезенки, спленектомия.

**UDC** 616.411-006-053.3/.5-089

#### **Surgical Treatment Of Tumors Of The Spleen In Children**

**Ksonz I.V.**

**Summary.** The features of clinical motion are studied, informing of auxiliary methods of inspection and the optimum going is developed near diagnostics and treatment of children with splenocoeles. Results of treatment of 8 children with tumors of the spleen. Completed 5 organ-saved operations and 3 splenectomy.

**Key words:** children, tumors of spleen, splenectomy.

Стаття надійшла 7.07.2011 р.