

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ

SURGICAL TREATMENT OF GIANT ECHINOCOCCAL CYST OF THE SPLEEN

А. Е. Попов¹, О. А. Шахмаева¹, Н. Ю. След², И. В. Владимиров¹, Е. А.

Губарева¹, А. В. Молодцова¹, А. В. Дегидь¹

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск

²Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона», г. Красноярск.

Общеизвестно, довольно частое обращение пациентов с наличием посттравматических (непаразитарных) кист селезенки [1,2,3,4]. Гораздо реже в хирургической практике встречаются паразитарные эхинококковые кисты селезенки [5,6,7]. Процесс развития эхинококковой кисты селезенки чаще изолированный, но бывает и в сочетании с другими органами брюшной полости [7]. Из – за скудности симптомов в клинической картине, в некоторых случаях диагноз устанавливается на операции или только по гистологическому исследованию препарата [5]. Выбор оперативных вмешательств широкий: пункция паразитарной кисты, эхинококкэктомия или перецистэктомия, резекция пораженного органа (селезенки, печени), спленэктомия [6,7].

Больной К. 40 лет обратился в КГБУЗ «Красноярской межрайонной клинической больницы № 20 им. И.С. Берзона» в приемный покой взрослой хирургии 11.10.2021 г. с жалобами на боли в левом подреберье, чувство тяжести, асимметрию живота.

Из анамнеза: в 2006 и 2013 г.г. отмечает падение с высоты. В 2006 г. за медпомощью не обращался. В 2013 г. (производственная травма) упал с высоты 3 метров, ударился левой половиной грудной клетки и левой половиной живота. Обратился в травмпункт, где был выявлен перелом пястных костей левой кисти, произведена ее гипсовая иммобилизация. Другой патологии не выявлено, далее не обследовался. Со слов пациента кисту впервые диагностировали в 2018 году. В то время от предложенной операции

отказался. Постепенно усилилось чувство тяжести, тянущие боли и дискомфорт в левом подреберье. 04.10. 2021 г. обратился в приемный покой хирургии. По данным УЗИ брюшной полости киста селезенки значительно увеличилась в размере. От стационарного лечения и операции больной отказался.

При поступлении в стационар 11.10. 2021 года состояние пациента средней тяжести, в сознании, адекватен. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Грудная клетка симметричная. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям. ЧДД - 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС – 80 в мин. А/Д – 125/75 мм.рт.ст. Поясничная область не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание без особенностей. Живот ассиметричен за счет значительно увеличенной в размере селезенки. В брюшной полости пальпируется болезненное, плотно – эластической консистенции образование, занимающее все левое подреберье. Остальные отделы живота мягкие, безболезненные. Печень по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Перистальтика кишечника выслушивается. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул без особенностей.

Диагноз при поступлении: посттравматическая киста селезенки.

При поступлении больной предоставил УЗИ брюшной полости, сделанную в КГБУЗ КМКБ № 20 (04.10. 2021). Печень, ж/пузырь, п/железа, почки – без особенностей. Селезенка экранирована кишечником. В проекции передней брюшной стенки слева определяется гипоехогенное образование с четким двойным контуром, толщиной до 0,6 см. с однородной эхоструктурой. Вероятно жидкостное, прилегающее к левой доле печени и смещающее ее вправо и к левой почке, смещающее ее латерально книзу, размером 210х 208 х 212 мм. (объем образования = 4.8 литра). Органопринадлежность достоверно не определяется. Киста? При ЦДК кровоток не лоцируется. Данное заключение не является диагнозом, необходима консультация специалиста.

Амбулаторно больному была выполнена магнитно – резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастным усилением (07.10.2021). На сериях томограм выявлено: структура селезенки неоднородная за счет визуализации кистовидного образования с четкими, ровными контурами, однородной структуры, размером 22,2 х 15,8 х 21,8 см. с наличием капсулы толщиной до

0,65 см. Селезеночная вена и брыжеечные сосуды без изменений. Размеры селезенки увеличены за счет образования в ней. Печень обычных размеров, структура однородная, левая доля деформирована образованием селезенки. Другой патологии в брюшной полости не выявлено. Правая почка расположена обычно, левая деформирована образованием селезенки, расположена горизонтально, смещена книзу.

Заключение: киста селезенки больших размеров с наличием капсулы (не исключается паразитарного генеза, дифференцировать с простой кистой). В развернутом анализе крови пациента (11.10. 2021) без особых изменений. Нв – 163 г/л; эритроциты – $5,83 \times 10^{12}$; тромбоциты – 148×10^9 ; с.я. – 78%; лим. – 14%. В биохимических анализах – без изменений.

12.10.2021 произведена компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (Рис. 1,2). Со стороны костной системы травматических и деструктивных изменений не выявлено. В среднем и нижнем полюсе селезенки определяется жидкостное образование, при контрастировании не меняет своих плотностных характеристик, размерами 22,7 x 17 x 19 см. с утолщенной до 0,5 см. стенкой. Образование оттесняет и компримирует прилегающие петли кишечника, желудок, п/железу, чревный ствол, верхнюю и нижнюю брыжеечные артерии и вены и левую почку с ее сосудистым пучком до уровня L4. Дефектов контрастирования крупных артерий и вен брюшной полости нет, посттравматическая киста селезенки контрастирование их удовлетворительное. Дефектов контрастирования и патологического накопления контраста в печени, п/ железе и правой почке не определяется. В среднем сегменте левой почки определяется гиподенсная зона 2 – 3 мм. не меняющая своих плотностных характеристик при МСКТА – расценена как киста. Экскреторная функция почек не изменена.

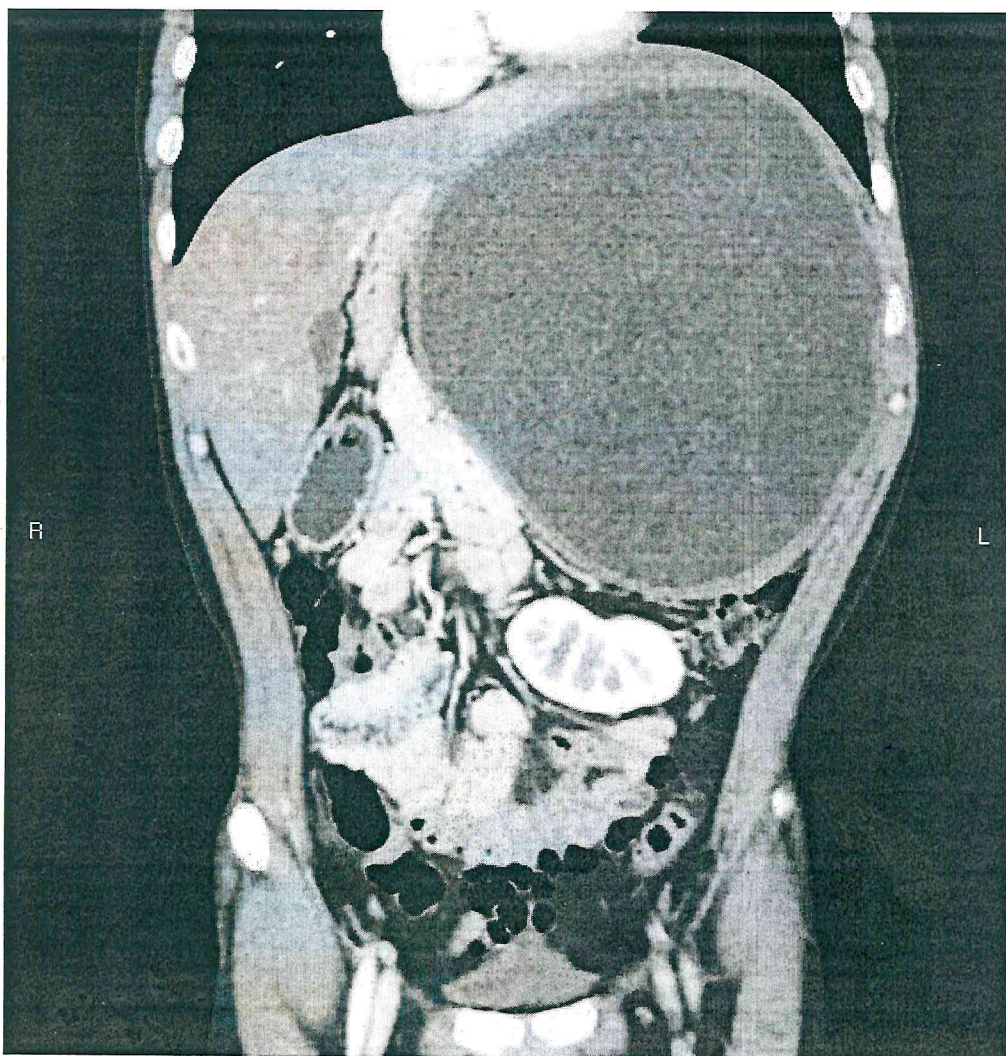


Рис. 1 Компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (фронтальная проекция) больного К. 40 лет.

Computed tomography of the abdominal cavity and retroperitoneal space with bolus contrast (frontal projection) of patient K., 40 years old.

Заключение: с учетом анамнеза больного КТ — картина наиболее характерна для посттравматической кисты селезенки.

Пациент был осмотрен терапевтом, анестезиологом — противопоказаний для проведения операции не выявлено.

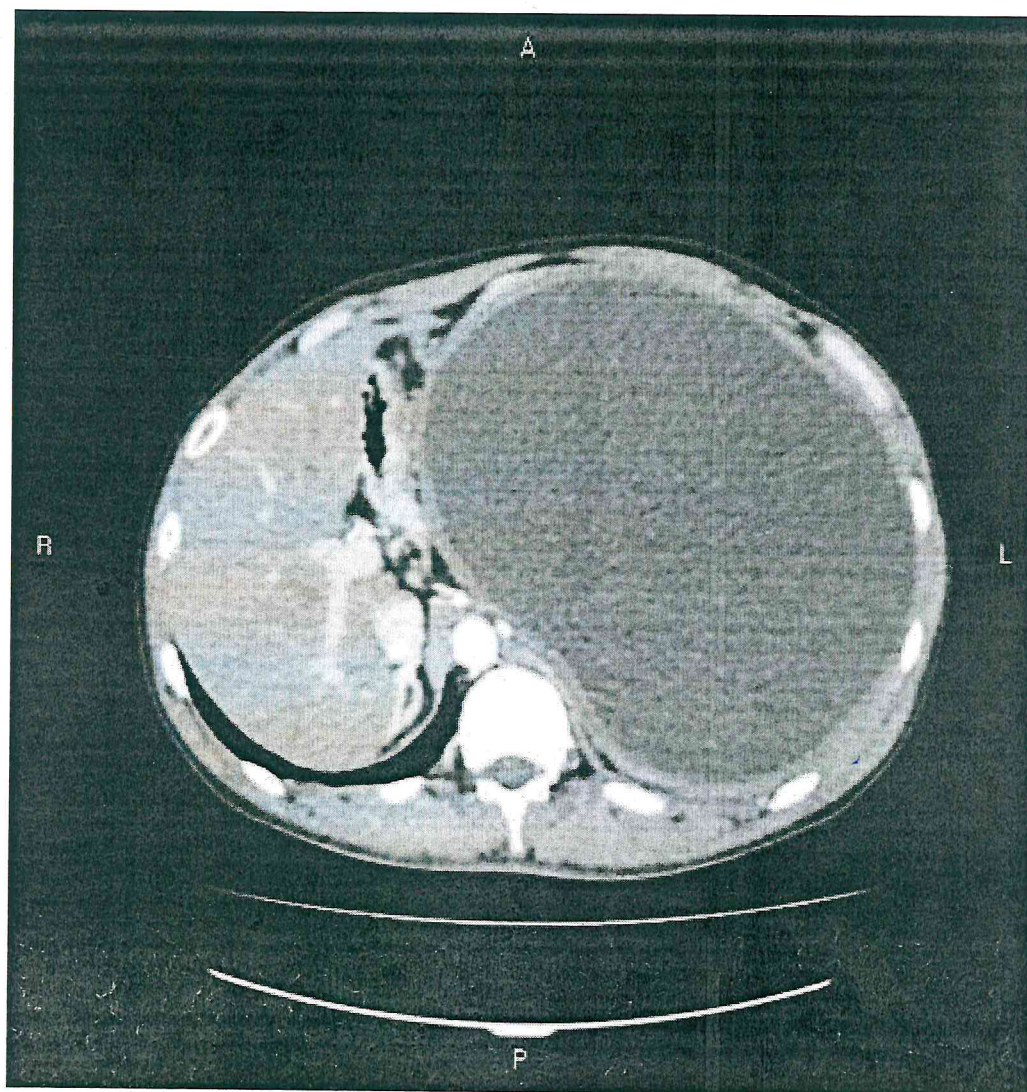


Рис. 2 Компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (профильная проекция) больного К. 40 лет.

Computed tomography of the abdominal cavity and retroperitoneal space with bolus contrast (profile projection) of patient K., 40 years old.

13.10.2021 произведено плановое оперативное вмешательство под общим обезболиванием. Выполнена в/срединная лапаротомия. По вскрытию брюшной полости выявлено. В рану предлежит сильно увеличенная в размерах селезенка (за счет кисты), размером 20 x 20 см. оттесняющая органы брюшной полости. Выполнена пункция кисты, после отграничивая ее салфетками от прилегающих органов. Эвакуировано до 4 литров содержимого – прозрачной жидкости без запаха. Вскрыта полость малого сальника, над верхним краем п/ железы. Выделена селезеночная артерия и вена, перевязаны, рассечены. Мобилизована селезенка с пересечением коротких желудочных сосудов, идущих от верхнего

полюса селезенки. Диафрагмальная поверхность селезенки интимно спаяна с диафрагмой. Произведено отделение селезенки от купола диафрагмы, селезенка мобилизована, удалена. Выполнен гемостаз забрюшинного пространства слева. Сшита брюшина, ушит дефект брюшины в области свода диафрагмы. Произведена ревизия брюшной полости, другой патологии не выявлено. Брюшная полость дренирована в левом подреберье тремя трубчатыми дренажами: два установлено в поддиафрагмальное пространство, один в малый таз. Контроль на гемостаз и инородные тела. Брюшная полость ушита послойно, наглухо. Препарат: селезенка, размером 20 x 20 см., в ее полости определяется кистозная полость, с внутренней поверхности выполнена белесоватой оболочкой.

Послеоперационный диагноз: посттравматическая киста селезенки.

Ранний послеоперационный период (с 13.10. по 17.10.2021) протекал без особенностей. Болевой синдром был не выраженным. ЧДД – 15 в мин., ЧСС – 88 в мин., АД 115 – 75 мм.рт.ст. Живот был мягкий, болезненный в области п/операционной раны. Газы отходили, стул самостоятельный. Пациент был активен. На фоне начала приема пищи – тошноты и рвоты не было. Продолжалось п/операционное лечение, динамическое наблюдение.

17.10. 2021 у больного появились боли в животе, тошнота, рвота застойным желудочным содержимым. Живот стал подвздут, перистальтика кишечника ослаблена. 17.10.2021 в 19.00 была сделана обзорная R – скопия брюшной полости: свободного газа в брюшной полости не выявлено. Определяются тонкокишечные уровни и «арки» в среднем этаже брюшной полости, слева видны тени дренажей. У пациента заподозрена клиника ранней тонкокишечной непроходимости. Начата инфузионная спазмолитическая терапия, стимуляция кишечника. По вновь установленному желудочному зонду получено до 2 литров застойного содержимого. Дана per os бариевая взвесь с динамическим наблюдением. Через 4 часа на контрольной R – графии – без изменений. Через 8 часов в брюшной полости выполняются контрастом часть петель тонкой кишки, в ней сохраняются единичные горизонтальные тонкокишечные уровни, поступления контрастного вещества в толстую кишку не определяется.

18.10.2021 состояние больного ухудшилось. Беспокоили боли по всему животу, тошнота. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Пациенту выполнена контрольная R –

графия брюшной полости: контрастное вещество выполнило расширенные петли тонкой кишки с горизонтальными уровнями в ней. Учитывая клиническую картину, данные R – логического исследования больному выставлены показания к оперативному вмешательству.

18.10.2021 пациенту произведена релапаротомия под общим обезболиванием. В брюшной полости – скудное количество серозного выпота. При дальнейшей ревизии: начальные отделы тонкой кишки на протяжении 1,5 метров от связки Трейца резко дилатированы до 4 – 5 см. в диаметре, с жидким содержимым, без перистальтики. Определяется единичный диастатический поперечный разрыв тонкой кишки, ушит. Дистальные отделы тонкой кишки спаившиеся. Признаков обтурации и странгуляции кишки нет – расценено, как динамическая непроходимость. Выполнена назоинтестенальная интубация тонкой кишки. Брюшная полость дренирована в подвздошных областях, стоявшие дренажи оставлены. Контроль на гемостаз и инородные тела. Брюшная полость ушита послойно, наглухо.

Послеоперационный диагноз: посттравматическая киста селезенки, состояние после спленэктомии от 13.10.2021. Осложнение: острая динамическая тонкокишечная непроходимость.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжалось после операционное лечение, динамическое наблюдение. Перистальтика кишечника выслушивалась удовлетворительно, газы отходили. Назоинтестинальный зонд удален 21.10.2021. Все дренажи из брюшной полости удалены 25.10.2021. Нв – 127 г/л; лейкоциты – $12,3 \times 10^9$ без сдвига лейкоцитарной формулы; СОЭ – 33 мм/ч; альбумин – 37,9 г/л; протеинемия увеличилась до 60 г/л; прокальцитонин – 0,22 нг/мл.

26.10.2021 пришли данные исследования биопсионного материала (Регистрационный № 0410432108 / Гистологический № О 21 – 4985).

Макроскопическое описание: кистозное образование размером 30 x 30 см. с неровной внутренней поверхностью студенистого тела, ткань селезенки до 2 – см. в краях кисты.

Микроскопическое описание: в гистологических препаратах ткань селезенки с неравномерной атрофией паренхимы, обширными участками фиброза. Имеется толстая фиброзная стенка кистозного образования, изнутри эритроциты, хитиновая выстилка, имеются единичные структуры по типу паразитарного образования.

Заключение: стенка кистозного образования селезенки, паразитарного происхождения.

01.11.2021 больной был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с клиническим диагнозом: эхинококкоз селезенки. Осложнение: острая динамическая тонкокишечная непроходимость. На момент выписки пациент не температурит. Функция желудочно - кишечного тракта не нарушена. Послеоперационная рана зажила per primae. Рекомендовано: соблюдение диеты, прием Ацекардола 100 мг. 1 раз в день в течение месяца, на фоне этого противоязвенная терапия: Омез 20 мг. по 1 капсуле 2 раза в день, плановая консультация инфекциониста с решением вопроса о назначении противопаразитарной терапии.

Литература

1. Харнас С.С., Лотов А.Н., Кондрашин С.А., Мусаев Г.Х., Ширяев А.А. Лечение пациентов с непаразитарными кистами селезенки // Анналы хирургической гепатологии. - 2017. - Т.13, № 2. - С. 36 - 43.
2. Черноусов К.Ф., Карпова Р.В., Русскова К.С. Методы хирургического лечения пациентов с непаразитарными кистами селезенки // Новости хирургии. - 2021. - Т.29, № 5. - С. 617 - 623.
3. Ширяев А.А., Г.Х. Мусаев Г.Х., Харнас С.С., А.В. Рябова В.А., Кондрашин С.А., Ахмедова С.М., Жемерикин Г.А., Лощенов В.Б., Волкова А.И., Поминова Д.В. Непаразитарные кисты селезенки. Методы хирургического лечения // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2008. - № 8. - С. 26 - 32
4. Барская М.А., Завьялкин В.А., Варламов А.В., Мазнова А.В., Тимашев И.В., Кузьмин А.И. Опыт лечения гигантской посттравматической кисты селезенки // Детская хирургия. - 2020. - Т. 24, № 1. - С. 25.
5. Стяжкина С.Н., Белобородова О.А., Казанцева Ю.А., Шалимова А.П. Эхинококковая киста селезенки. Клинический случай // Современные тенденции развития науки и технологий. -2016. - № 12. - Ч. 2. - С. 98 - 103.
6. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Современный взгляд на состояние проблемы эхинококкоза // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т.11, № 1. - С. 26 - 30.
7. Ионкин Д. А., Икрамов Р. З., Вишневский В. А., Степанова Ю. А., Жаворонкова О. И., Чжао А. В. Эхинококкоз селезенки: особенности

диагностики и хирургического лечения // Анналы хирургической гепатологии. - 2017 - Т.22., №1. - С. 88 - 99.

Авторы

Попов Александр Евгеньевич, к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии им. А.М. Дыхно с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, 660022, т. +79135612322, e-mail: doc.porovae@mail.ru

Шахмаева Олеся Александровна, студент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, 660022, тел. +79835002770, e-mail: olesyashahmaeva@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0003-1497-5087>

След Николай Юрьевич, к.м.н., заведующий I хирургическим отделением, Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона», г. Красноярск, ул. Инструментальная, д. 12, 660123, т. 2960482, e-mail: nsled@bk.ru,

Владимиров Иван Владимирович, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии им. А.М. Дыхно с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, 660022, тел. +79080247822, e-mail: combustilog24@gmail.com

Губарева Екатерина Алексеевна, клинический ординатор кафедры госпитальной хирургии им. А.М. Дыхно с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, 660022, тел: +79082050021, e-mail: ekaterina.gubareva2015@yandex.ru

Молодцова Анна Владимировна, клинический ординатор кафедры терапии ИПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, 660022, тел.: +79233204777, e-mail: annmolodcova@yandex.ru