

© ПОПОВ А. Е., ШАХМАЕВА О. А., СЛЕД Н. Ю., ВЛАДИМИРОВ И. В., ГУБАРЕВА Е. А., МОЛОДЦОВА А. В., ДЕГИДЬ А. В.

УДК 616.411-006.2-002.951-089.8

DOI: 10.20333/25000136-2024-1-108-111

Хирургическое лечение гигантской эхинококковой кисты селезенки

А. Е. Попов¹, О. А. Шахмаева¹, Н. Ю. След², И. В. Владимиров¹, Е. А. Губарева¹, А. В. Молодцова¹, А. В. Дегидь¹

¹Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

²Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона, Красноярск 660123, Российская Федерация

Резюме. В статье представлен клинический случай хирургического лечения пациента с эхинококковой кистой селезенки на базе КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона» г. Красноярск. Изложен анамнез заболевания больного. Подробно представлены результаты его амбулаторного обследования (УЗИ и МРТ брюшной полости), а также дообследование в стационаре. На МСКТ – киста селезенки размеров (20 × 20 см), оттесняющая прилегающие к ней органы брюшной полости и забрюшинного пространства. На плановом оперативном вмешательстве выявлена гигантская киста селезенки. Произведена спленэктомия с кистой. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара. Для своевременного хирургического лечения кист органов брюшной полости необходима их ранняя диагностика в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: киста селезенки, гигантская эхинококковая киста селезенки, диагностика кист, хирургическое лечение.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Попов АЕ, Шахмаева ОА, След НЮ, Владимиров ИВ, Губарева ЕА, Молодцова АВ, Дегидь АВ. Хирургическое лечение гигантской эхинококковой кисты селезенки. *Сибирское медицинское обозрение*. 2024;(1):108-111. DOI: 10.20333/25000136-2024-1-108-111

Surgical treatment of giant echinococcal cyst of the spleen

A.E. Popov¹, O.A. Shakhmaeva¹, N.Y. Sled², I.V. Vladimirov¹, E.A. Gubareva¹, A.V. Molodtsova¹, A.V. Degid¹

¹Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

²I. S. Berzon Krasnoyarsk Clinical Hospital №20, Krasnoyarsk 660123, Russian Federation

Abstract. The article presents a clinical case of surgical treatment of a patient with an echinococcal cyst of the spleen on the basis of the Regional State Budgetary Healthcare institution «Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital No.20 named after I.S. Berzon», Krasnoyarsk. The patient's case history is presented. The results of the outpatient examination (ultrasound and MRI of the abdominal cavity) as well as additional examination in the hospital are presented in detail. MSCT shows a splenic cyst measuring 20 × 20 cm, pushing aside the adjacent organs of the abdominal cavity and the retroperitoneal space. During a planned surgical intervention, a giant splenic cyst was identified. A splenectomy for the cyst was performed. The patient was discharged from the hospital in a satisfactory condition. Timely surgical treatment of abdominal cysts requires their early diagnosis on an outpatient basis.

Key words: splenic cyst, giant hydatid cyst of the spleen, diagnosis of cysts, surgical treatment.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Popov AE, Shakhmaeva OA, Sled NY, Vladimirov IV, Gubareva EA, Molodtsova AV, Degid AV. Surgical treatment of giant echinococcal cyst of the spleen. *Siberian Medical Review*. 2024;(1): 108-111. DOI: 10.20333/25000136-2024-1-108-111

В статье представлен клинический случай гигантской эхинококковой кисты селезенки с успешной верхнесрединной лапаротомией со спленэктомией, осложнившейся острой динамической тонкокишечной непроходимостью. Данный случай демонстрирует позднюю диагностику кисты селезенки, исходя из этого, врачи использовали мультидисциплинарный подход и преимущество в лечении данного пациента, что позволило провести успешное оперативное лечение.

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. 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 асимметричен 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, желчный пузырь, поджелудочная железа, почки – без особенностей. Селезенка экранирована кишечником. В проекции передней брюшной стенки слева определяется гипоэхогенное 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 210 × 208 × 212 мм (объем образования = 4,8 литра). Органопринадлежность достоверно не определяется. Киста? При ЦДК кровотоков не лоцируется.

Амбулаторно больному была выполнена магнитно – резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастным усилением (07.10.2021). На сериях томограмм выявлено: структура селезенки неоднородная за счет визуализации кистовидного образования с четкими, ровными контурами, однородной структуры, размером 22,2 × 15,8 × 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. HGB – 163 г/л; RBC – $5,83 \times 10^{12}$; PLT – 148×10^9 ; NEU – 78%; LYMPH – 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 × 17 × 19 см с утолщенной до 0,5 см стенкой. Образование оттесняет и компримирует прилегающие петли кишечника, желудок, поджелудочную железу, чревный ствол, верхнюю и нижнюю брыжеечные артерии и вены и левую поч-

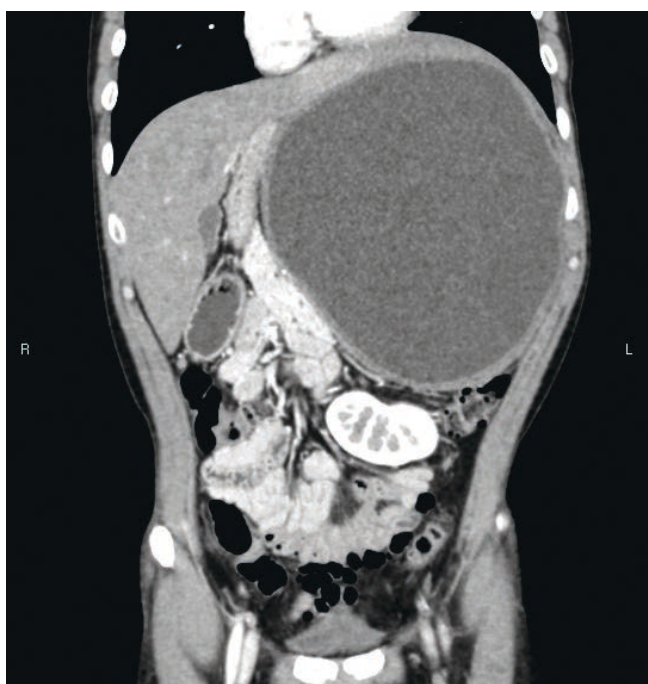


Рисунок 1. Компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (фронтальная проекция) больного К. 40 лет.

Figure 1. Computed tomography of the abdominal cavity and the retroperitoneal space with bolus contrasting (frontal view), patient K aged 40 years.

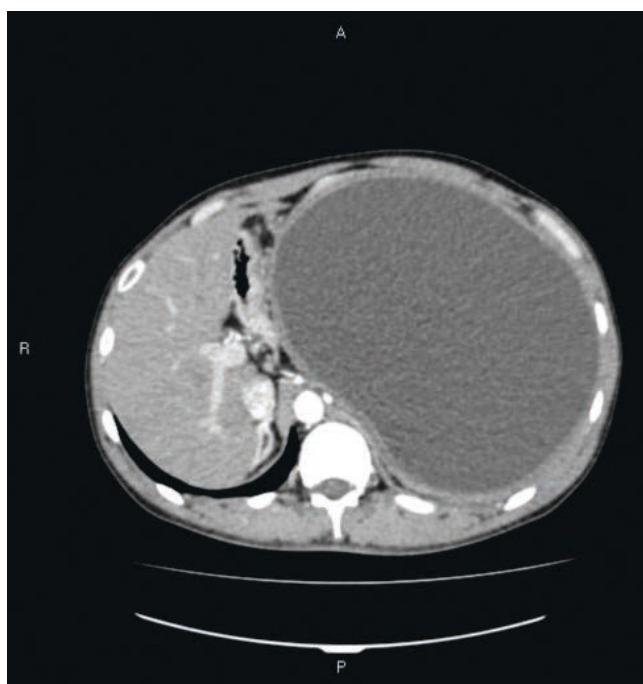


Рисунок 2. Компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (профильная проекция) больного К. 40 лет.

Figure 2. Computed tomography of the abdominal cavity and the retroperitoneal space with bolus contrasting (lateral view), patient K aged 40 years.

ку 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, поджелудочной железе и правой почке не определяется. В среднем сегменте левой почки определяется гиподесная зона 2 – 3 мм не меняющая своих плотностных характеристик при МСКТА – расценена как киста. Экскреторная функция почек не изменена.

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

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

13.10.2021 произведено плановое оперативное вмешательство под общим обезболиванием. Выполнена верхнесрединная лапаротомия. По вскрытию брюшной полости выявлено: в рану предлежит сильно увеличенная в размерах селезенка (за счет кисты), размером 20 × 20 см оттесняющая органы брюшной полости. Выполнена пункция кисты. Эвакуировано до 4 литров содержимого – прозрачной жидкости без запаха. Мобилизована селезенка с пересечением коротких желудочных сосудов. 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. Препарат: селезенка, размером 20 × 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 невыраженным. ЧДД – 15 в мин., ЧСС – 88 в мин., АД – 115/75 мм рт. ст. Живот был мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Газы отходили, стул самостоятельный. Пациент был активен. На фоне начала приема пищи – тошноты и рвоты не было. Продолжалось послеоперационное лечение, динамическое наблюдение.

17.10. 2021 у больного появились боли в животе, тошнота, рвота застойным желудочным содержимым. Живот стал вздут, перистальтика кишечника ослаблена. 17.10.2021 в 19:00 была сделана обзорная Rg – 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. Пероральное введение бариевой взвеси с динамическим наблюдением. Через 4 часа на контрольной Rg – 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 Rg – графия брюшной полости: контрастное вещество выполнило расширенные петли тонкой кишки с горизонтальными уровнями в ней. Учитывая клиническую картину, данные Rg – 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 спавшиеся. Признаков обтурации и странгуляции кишки нет – расценено, как динамическая непроходимость. Выполнена назоинтестинальная интубация тонкой кишки. Брюшная полость дренирована в подвздошных областях, стоявшие дренажи оставлены.

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

Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжалось послеоперационное лечение, динамическое наблюдение. Перистальтика кишечника выслушивалась удовлетворительно, газы отходили. Назоинтестинальный зонд удален 21.10.2021. Все дренажи из брюшной полости удалены 25.10.2021. НГВ – 127 г/л; WBC – $12,3 \times 10^9$ 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 биопсийного материала (регистрационный № 0410432108 / гистологический № О 21 – 4985).

Макроскопическое описание: кистозное образование размером 30 × 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 первичным натяжением. Рекомендовано: соблюдение диеты, прием Ацекардола 100 мг 1 раз в день в течение месяца, на фоне этого противовозвращенная терапия: Омез 20 мг по 1 капсуле 2 раза в день, плановая консультация инфекциониста с решением вопроса о назначении противопаразитарной терапии.

При своевременной диагностике и верно подобранному оперативному вмешательству прогноз больных с гигантской эхинококковой кисты селезенки - благоприятный. В большинстве случаев на фоне терапии больные ведут обычный образ жизни и доживают до пожилого возраста. Прогноз значительно ухудшается при поздней диагностике и развитии очагов хронической инфекции. В этом случае прогноз обусловлен объемом поражения органов, как в случае больного К.

В заключение следует ещё раз отметить необходимость ранней диагностики кист селезенки, когда ещё не сформировались необратимые изменения в различных органах и тканях, поражённых персистирующей инфекцией. Таким образом, перед врачами общей практики ставится важная задача своевременного направления пациентов для обследования в условиях поликлиники.

Литература / References

1. Гончаров СВ, Куколева ЕА, Чаптыкова СЮ, Чхиквадзе ВД. Диагностика и хирургическое лечения бессимптомной, непаразитарной кисты селезенки (клиническое наблюдение). *Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России*. 2022;2(22):57-59. [Goncharov SV, Kukoleva EA, Chaptikova SYu, Chkhikvadze VD. Diagnosis and surgical treatment of asymptomatic nonparasitic spleen cyst (clinical observation). *Bulletin of the Russian Scientific Center for Roentgen Radiology of the Ministry of Health of Russia*. 2022;2(22):57-59. (In Russian)]
2. Черноусов КФ, Карпова РВ, Русскова КС. Методы хирургического лечения пациентов с непаразитарными кистами селезенки. *Новости хирургии*. 2021;5(29):617 - 623. [Chernousov KF, Karpova RV, Russkova KS. Methods of surgical treatment of patients with non-parasitic cysts of the spleen. *News of Surgery*. 2021;5(29):617 - 623. (In Russian)]
3. Степанова ЮА, Алимурзаева МЗ, Ионкин ДА. Ультразвуковая дифференциальная диагностика кист и кистозных опухолей селезенки. *Медицинская визуализация*.

2020;24(3):63-75. [Stepanova YuA, Alimurzaeva MZ, Ionkin DA. Ultrasound differential diagnosis of cysts and cystic tumors of the spleen. *Medical visualization*. 2020;24(3):63-75. (In Russian)]

4. Барская МА, Завьялкин ВА, Варламов АВ, Мазнова АВ, Тимашев ИВ, Кузьмин АИ. Опыт лечения гигантской посттравматической кисты селезенки. *Детская хирургия*. 2020;1(24):25. [Barskaya MA, Zavyalkin VA, Varlamov AV, Maznova AV, Timashev IV, Kuzmin AI. Experience in the treatment of a giant post-traumatic spleen cyst. *Pediatric Surgery*. 2020;1(24):25. (In Russian)]

Сведения об авторах

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, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел. +79135612322, e-mail: doc.popovae@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6183-8729>

Шахмаева Олеся Александровна, студент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, 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. Берсона», адрес: Российская Федерация, 660123, г. Красноярск, ул. Инструментальная, д. 12, 660123, тел. 2960482, e-mail: nsled@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0007-2321-4107>

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, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел. +79080247822, e-mail: combustiolog24@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-1232-0778>

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, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел. +79082050021, e-mail: ekaterina.gubareva2015@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-1629-7674>

Молодцова Анна Владимировна, клинический ординатор кафедры терапии ИПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: +79233204777, e-mail: annmolodcova@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-9554-6475>

Дегидь Ангелина Владимировна, студент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: +79029616177, e-mail: daw20200@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-9794-429X>

Author information

Alexander E. Popov, Cand. Med. Sci., Associate Professor of the Department of Hospital Surgery. A.M. Dykhno with a PO course, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79135612322, e-mail: doc.popovae@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6183-8729>

Olesya A. Shakhmaeva, student, Professor V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79835002770, e-mail: olesyashahmaeva@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0003-1497-5087>

Nikolai Y. Sled, Cand. Med. Sci., Head of the 1st Surgical Department, I. S. Berzon Krasnoyarsk Clinical Hospital №20, Krasnoyarsk, Russian Federation 660123, Phone: 2960482, e-mail: nsled@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0007-2321-4107>

Ivan V. Vladimirov, Cand. Med. Sci., Assistant of the Department of Hospital Surgery named after A.M. Dykhno with a PO course, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79080247822, e-mail: combustiolog24@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-1232-0778>

Ekaterina A. Gubareva, clinical resident of the Department of Hospital Surgery. A.M. Dykhno with a PO course, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79082050021, e-mail: ekaterina.gubareva2015@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-1629-7674>

Anna V. Molodtsova, clinical resident of the Department of Therapy, IPO, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79233204777, e-mail: annmolodcova@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-9554-6475>

Angelina V. Degid, student, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79029616177, e-mail: daw20200@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-9794-429X>

Дата поступления: 21.04.2023

Дата рецензирования: 04.12.2023

Принято к публикации: 16.01.2024

Received 21 April 2023

Revision Received 04 December 2023

Accepted 16 January 2024