

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Поддубный И.В.^{1,2}, Толстов К.Н.¹, Трунов В.О.¹, Козлов М.Ю.^{1,3},
Сытьков В.В.^{1,2}, Магер А.О.^{1,2}, Раншаков А.С.^{1,2}, Федорова Е.В.^{1,2}

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия;

² Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Россия;

³ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Обоснование. Выбор метода лечения кистозных образований селезенки не теряет своей актуальности в связи с продолжающимся поиском малоинвазивного и радикального способа лечения, большим количеством предложенных хирургических методик и противоречивыми данными о результатах их применения.

Цель: оценить результаты применения лапароскопических методик резекции непаразитарных кист селезенки на основании ретроспективного анализа историй болезни 386 пациентов, оперированных в нашей клинике за 20-летний период с 2003 по 2022 г.

Материалы и методы. Из 386 прооперированных детей мальчиков — 223 (57,8 %), девочек — 163 (42,2 %). Возраст детей колебался от 2 до 17 лет. Обязательный комплекс дооперационного обследования включал исследования для исключения паразитарных инфекций, УЗИ, КТ и/или МРТ с контрастным усилением. В результате обследования:

- у всех детей было подтверждено наличие непаразитарных кист селезенки диаметром от 3 до 17 см: 3–5 см — 196 детей (50,8 %), 6–10 см — 139 (36 %), более 10 см — 51 (13,2 %);
- локализация кист: верхний сегмент — 168 (43,5 %), средний сегмент — 80 (20,7 %), нижний сегмент — 138 (35,8 %).

Показанием к операции являлось наличие непаразитарных кист диаметром более 3 см.

Всем детям была выполнена стандартная лапароскопическая операция, основными этапами которой являлись — установка трех троакаров, мобилизация селезенки, необходимая и достаточная для четкой визуализации кисты, пункция кисты с аспирацией содержимого и проведением интраоперационной склеротерапии, максимально широкое иссечение стенки кисты с захватом паренхимы селезенки толщиной до 3–4 мм (биполярная коагуляция, Ligaure, ультразвуковые ножницы), тщательная обработка-абляция остающейся выстилки кисты с применением биполярной коагуляции и/или аргоноплазменной коагуляции, при необходимости — тампонирование остаточной полости гемостатическим материалом. При наличии показаний — у 57 детей (14,8 %) — проводились симультанные лапароскопические операции по поводу имеющейся сопутствующей патологии (необлитерированный вагинальный отросток брюшины, доброкачественные кисты придатков матки, дивертикул Меккеля и др.).

Результаты. Длительность операции составляла от 30 до 150 мин (в среднем — 55 мин). Интраоперационных осложнений и случаев конверсии не было. Интраоперационная кровопотеря составила от 10 до 200 мл (в среднем — около 30 мл), гемотранфузия не проводилась ни в одном случае. Значимых послеоперационных осложнений, так же как и показаний к повторным хирургическим вмешательствам, — не было. Послеоперационное морфологическое исследование позволило верифицировать истинную кисту селезенки в 255 случаях (66,1 %), ложную кисту — в 104 (26,9 %), лимфангиому селезенки — в 27 случаях (7 %). У всех 4 пациентов (1 %), у которых возник рецидив кист в сроки от 8 мес. до 3 лет, при первичном морфологическом исследовании была выявлена именно кистозная форма лимфангиомы. Этим детям была выполнена лапароскопическая спленэктомия.

Заключение. Лапароскопическая методика — универсальный способ радикального лечения детей любого возраста с непаразитарными кистами селезенки, вне зависимости от их размеров (более 3 см) и локализации; дооперационное достоверное выявление лимфангиом селезенки могло бы еще повысить эффективность лечения (проводится работа в этом направлении).

Ключевые слова: киста селезенки; дети; лапароскопическое лечение.