

ЛИТЕРАТУРА

1. Gunera-Saad N., Guillot I., Cousin F. et al. Immediate reactions to local anesthetics: diagnostic and therapeutic procedures. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2007; 134 (4, Pt 1): 333—336.
2. Amsler E., Flahault A., Mathelier-Fusade P., Aractingi S. Evaluation of re-challenge in patients with suspected lidocaine allergy. *Dermatology* 2004; 208 (2): 109—111.
3. Haugen R. N., Brown C. W. Case reports: type I hypersensitivity to lidocaine. *J. Drugs Dermatol.* 2007; 6 (12): 1222—1223.
4. Amado A., Sood A., Taylor J. S. Contact allergy to lidocaine: a report of sixteen cases. *Dermatitis* 2007; 18 (4): 215—220.
5. Авруцкий Г. Я. и др. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь: справочник под ред. Е. И. Чазова. М.: 1990.
6. Fraser B. A., Smart J. A. Anaphylaxis to cisatracurium following negative skin testing. *Anaesth. Intens. Care* 2005; 33 (6): 816—819.
7. Ситкевич А. Е., Кузенко А. Г. Профилактика и лечение аллергических заболеваний кожи. Минск; 1997.
8. Пыцкий В. И., Андрианова Н. В., Аргомасова А. В. Аллергические заболевания. М.; 1999.
9. Решетникова Д. И., Фассахов Р. С., Низамов И. Г. и др. Место острых аллергических реакций в структуре обращений за скорой медицинской помощью. *Аллергология* 2000; 4: 3—6.
10. Dewachter P., Mouton-Faivre C., Trechot P. et al. Severe anaphylactic shock with methylene blue instillation. *Anesth. Analg.* 2005; 101 (1): 149—150.
11. Bircher A. J., Surber C. Anaphylactic reaction to lidocaine. *Aust. Dent. J.* 1999; 44 (1): 64.
12. Suhonen R., Kanerva L. Contact allergy and cross-reactions caused by prilocaine. *Am. J. Contact. Dermat.* 1997; 8 (4): 231—235.
13. Pastorello E. A., Rivolta F., Bianchi M. et al. Incidence of anaphylaxis in the emergency department of a general hospital in Milan. *J. Chromatogr. B. Biomed. Sci. Appl.* 2001; 756 (1—2): 11—17.
14. Fuiano N., Incorvaia C., Riario-Sforza G. G., Casino G. Anaphylaxis to honey in pollinosis to mug-wart: a case report. *Allerg. Immunol. (Paris)*. 2006; 38 (10): 364—365.
15. Rohrer C. L., Pichler W. J., Helbling A. Anaphylaxis: clinical aspects, etiology and course in 118 patients. *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1998; 128 (3): 53—63.
16. Brown S. G. Cardiovascular aspects of anaphylaxis: implications for treatment and diagnosis. *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 2005; 5 (4): 359—364.
17. Colapaoli L., Thorsen J., Nopp A., Guttormsen A. B. A case of anaphylactic shock possibly caused by intravascular cervix. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 2006; 50 (9): 1165—1167.
18. Gonzalo Garijo M. A., Bobadilla Gonzalez P., Puyana Ruiz J. Epileptic attacks associated with wasp sting-induced anaphylaxis. *J. Invest. Allergol. Clin. Immunol.* 1996; 6 (4): 277—279.

Поступила 25.05.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.411-006.2

КИСТА СЕЛЕЗЕНКИ

М. И. Васильченко, А. В. Симоненко, Д. А. Зеленин, М. А. Маканин, Е. А. Кулюшина

ФГУ 2 Центральный военный клинический госпиталь им. П. В. Мандрыка Минобороны Российской Федерации

Истинные непаразитарные кисты селезенки — один из редких видов патологий этого органа, насчитывающий около 800 зарегистрированных случаев в мировой литературе. Хирургические методы лечения кист селезенки считаются основным методом выбора. На смену открытой хирургии приходят малоинвазивные методы лечения, в том числе лапароскопическая спленэктомия. Представленное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует диагностику и этапы хирургического лечения этой патологии.

Ключевые слова: истинная киста селезенки, лапароскопическая спленэктомия

SPLENIC CYST

M.I. Vasil'chenko, A.V. Simonenko, D. A. Zelenin, M.A. Makanin, E.A. Kulyushina

P.V.Mandryka 2nd Central Ckinical Hospital, Moscow

True non-parasitic splenic cysts are a rare pathology represented by some 800 cases recorded worldwide. The method of choice for the treatment of this condition is surgical intervention. To-day, open surgery is substituted by low-invasive methods, such as laparoscopic splenectomy. A clinical case is described illustrating approaches to diagnostics and stages of surgical management of this pathology.

Key words: splenic cyst, true splenic cyst, laparoscopic splenectomy

Кистозные образования селезенки включают в себя доброкачественные, злокачественные кисты и абсцессы. В 70-е годы прошлого века было опубликовано всего 56 наблюдений кист селезенки, причем в 22 из них кисты диагностированы у пациентов младше 15 лет [1]. Первое зафиксированное и опубликованное наблюдение истинной кисты селезенки было доложено в 1829 году в Париже доктором G. Andral, который кисту селезенки выявил при аутопсии [2]. В силу редкости этой патологии первая классификация была предложена R. Fowler в 1940 г. и была дополнена R. McClure и W. Altmeier в 1942 г.; эта классификация была достаточно сложной и не основывалась на морфологии кист [3]. В 1952 г. J. Martin [4] предложил более упрощенную классификацию, которая используется и по настоящий день [4, 5]. Кисты первого типа (истинные кисты), стенки которых выстланы эпителием, разделяют на паразитарные и непаразитарные;

к вторичным кистам (псевдокистам) относят образования без эпителиальной выстилки, наиболее чаще встречающиеся при тупых травмах селезенки. Непаразитарные кисты селезенки чаще встречаются в Европе, России, Северной Америке, кисты селезенки паразитарного происхождения — в Африке, Индии, Центральной Америке [6]. В настоящее время с развитием методов ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии частота выявления кист селезенки повысилась, но в основном больший процент этих кист составляют кисты второго типа (не истинные), связанные с травмой селезенки [7]. Патогенез истинных кист селезенки еще не до конца понятен. Существует много теорий их возникновения, но в своем большинстве они спекулятивны. Считается, что травма является основной причиной возникновения псевдокист, но они также могут быть инфекционного или дегенеративного происхождения.

Непаразитарные кисты селезенки часто могут протекать бессимптомно или проявляться болью в левом верхнем квадранте живота или деформацией в левом подреберье (выпячивание), сопровождаться ощущением тяжести в левом подреберье, тошнотой, иногда рвотой и диареей. Реже могут возникать ощущение давления в средостении, одышка, кашель [8]. Возникновение симптомов в большинстве случаев обусловлено смещением или сдавлением прилегающих анатомических структур увеличивающейся в размере кистой. Иногда кисты могут осложняться нагноением, кровоизлиянием, разрывом [9, 10].

Приводим наблюдение.

Б о л ь н а я, 36 лет, поступила в нашу клинику в мае 2011 г. с жалобами на тяжесть и дискомфорт в левом подреберье, а также опухолевидное выпячивание в указанной области. Из анамнеза известно, что перечисленные выше жалобы появились около месяца назад, пациентка обратилась в частный медицинский центр, где была выполнена компьютерная томография органов брюшной полости, при которой в левой половине брюшной полости выявлено большого размера (15 см × 19 см × 19 см) жидкостное образование, исходящее из селезенки. При физикальном осмотре обнаружено округлое выпячивание в левой половине живота, живот равномерно участвовал в акте дыхания, был мягким, безболезненным во всех отделах. При пальпации в левом подреберье пальпировалось округлое образование большого размера. Симптомов раздражения брюшины на момент осмотра не определялось. Проведены дополнительные исследования: гастроскопия, УЗИ брюшной полости, мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением. Результаты гастроскопии показали, что стенка желудка в области дна и тела деформирована, выступает в просвет желудка за счет давления извне. УЗИ брюшной полости демонстрировало крупное кистозное образование размером 182×169×205 мм с четкими уплотненными стенками и мелкодисперсным содержимым. Образование достигало левой доли печени, перекрывало хвост поджелудочной железы и смещало левую почку в левую подвздошную область (рис. 1, см. вклейку).

Мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением дала более четкую пространственную картину расположения кисты размером 15×19×19 см с четкими и ровными контурами, однородной структуры. Образование смещало левую почку дистально на уровень позвонков L_{IV}—L_V, левую долю печени и поджелудочную железу и петли тонкой кишки вправо, выраженно деформировало сохранную часть паренхимы селезенки. При

контрастном усилении образование не накапливало контраст (рис. 2, см. вклейку). В остальном при лабораторном исследовании особенностей не выявлено. Проведена также дифференциальная диагностика с паразитической кистой селезенки (эхинококковой кистой).

В плановом порядке выполнено лапароскопическое иссечение кисты. Вход в брюшную полость произведен через параумбиликальный разрез, введен лапароскоп с оптикой 30°, визуализирована киста селезенки (рис. 3, см. вклейку). Под непосредственным контролем лапароскопа в брюшную полость установлены один порт 10 мм и два порта 5 мм в эпигастральной области, в левом и правом верхних квадрантах соответственно.

В дальнейшем с использованием аппарата LigaSure киста была мобилизована, пунктирована, эвакуировано 3,5 л мутно-желтой жидкости, полость кисты вскрыта. При дальнейшей диссекции обнаружено, что киста интимно спаяна с диафрагмой. С учетом сложных анатомических взаимоотношений кисты с соседними органами и ее размера выполнены спленэктомия с кистой, иссечение купола диафрагмы, прошивание дефекта диафрагмы (рис. 4, см. вклейку).

В связи с манипуляциями на диафрагме больная находилась в стационаре чуть дольше стандартных сроков. При наблюдении в последующем после выписки жалоб не предъявляла, при гистологическом исследовании стенки кисты селезенки представлена фиброзной тканью, покрыта многоядным цилиндрическим эпителием (рис. 5, см. вклейку).

По данным разных авторов, показаниями к операции по поводу кист селезенки являются кисты, диаметр которых превышает 5 см, риск разрыва кисты, ее нагноения. Бессимптомное течение кист селезенки встречается в 30—60% наблюдений [9]. Оперативное лечение направлено на устранение симптоматики, предотвращение осложнений и рецидивов и в основном заключается в удалении селезенки вместе с кистой, однако при технической возможности в настоящее время приоритет отдается органосохраняющей операции [7]. Для сохранения селезенки используют иссечение стенок кисты, частичное удаление селезенки с кистой. В литературе сообщается и о других методах лечения (дренировании, склеротерапии и суперселективной эмболизации сосудов, кровоснабжающих стенку кисты), однако частота рецидивов при таких методах лечения высока, поэтому операция считается методом выбора. Предпочтение отдается лапароскопической операции, которая способствует более быстрой реабилитации пациента и уменьшению послеоперационного дискомфорта.

Сведения об авторах:

ФГУ 2-й центральный военный клинический госпиталь им. П. В. Мандрыка МО РФ

Васильченко Михаил Иванович — д-р мед. наук, главный хирург; e-mail: vasilhenko@mail.ru

Симоненко Андрей Владимирович — канд. мед. наук, зав. операционным отделением и ЦСО.

Зеленин Дмитрий Александрович — канд. мед. наук, ординатор урологического отделения.

Маканин Михаил Алексеевич — канд. мед. наук, зав. патолого-анатомическим отделением.

Кулюшина Елена Анатольевна — д-р мед. наук, врач высшей категории, зав. отделением ультразвуковой диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

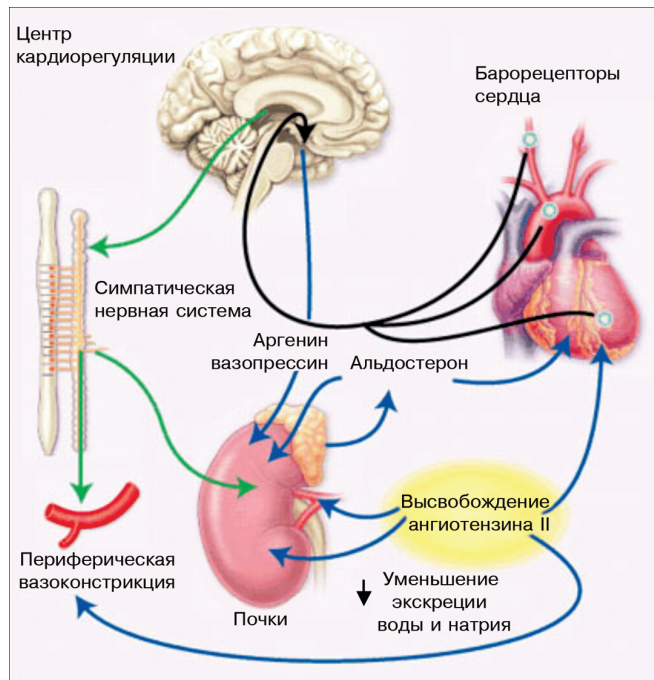
1. Blank E., Campbell J. Epidermoid cysts of the spleen. *Pediatrics* 1973; 51 (1): 75—84.
2. Andral G. *Precis d'anatomie patliologique*. Paris: Gabon; 1829. 43.
3. McClure R. D., Altemeier W. A. Cysts of the spleen. *Ann. Surg.* 1942; 116: 98—102.
4. Martin J. W. Congenital splenic cysts. *Am. J. Surg.* 1958; 96: 302—308.
5. Williams R. J., Glazer G. Splenic cysts: changes in diagnosis, treatment and aetiological concepts. *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.* 1993; 75: 87—89.
6. Sellers G. J., Starker P. M. Laparoscopic treatment of benign splenic cysts. *Surg. Endoscopy* 1997; 11: 766—768.
7. Wu H., Kortbek J. Management of splenic pseudocysts following trauma: A retrospective case series. *Am. J. Surg.* 2006; 5: 631—634.
8. Trompetas V., Panagopoulos E., Priovolou-Papaevangelou M., Ramantanis G. Giant benign true cyst of the spleen with high serum level of CA 19-9. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2002; 14: 85—88.
9. Labruzzo C., Haritopoulos K. N., El Tayar A. R., Hakim N. S. Post-traumatic cyst of the spleen: a case report and review of the literature. *Int. Surg.* 2002; 87: 152—156.
10. Sinha P. S., Stoker T. A., Asaton N. O. Traumatic pseudocyst of the spleen. *J. Roy. Soc. Med.* 1999; 92: 450—452.

Поступила 21.07.11

К ст. Весниной и соавт.

Рис. 2. Патофизиологические механизмы развития СН (схема) [51].

Разгрузка барорецепторов (голубые кружки) в ЛЖ, каротидном синусе и дуге аорты генерирует афферентные сигналы (черные линии), которые стимулируют кардиорегуляторные центры головного мозга, приводя к активации эфферентных путей симпатической части периферической нервной системы (зеленые линии). Последняя является первичным интегратором нейрорегуляторной вазоконстрикторной реакции на снижение артериального кровотока. Активация симпатической иннервации почек стимулирует высвобождение ренина и ангиотензина II. Одновременно симпатическая стимуляция супраортальных и паравентрикулярных ядер в гипоталамусе приводит к неосмотическому высвобождению аргинина вазопрессина. Симпатическая активация также вызывает периферическую и почечную вазоконстрикцию, обусловленную воздействием ангиотензина II. Последний вызывает вазоконстрикцию, стимулирует высвобождение альдостерона из надпочечников, а также повышает канальцевую реабсорбцию натрия и вызывает ремоделирование кардиомиоцитов. Помимо повышения реабсорбции натрия и секреции калия и ионов водорода в собирательных протоках, альдостерон может также оказывать прямое воздействие на сердце. Голубые линии обозначают циркулирующие гормоны.



К ст. Цветковой и соавт.



Рис. 1. Характерные для нейрофиброматоза изменения на коже туловища у больной К.
Объяснение в тексте.

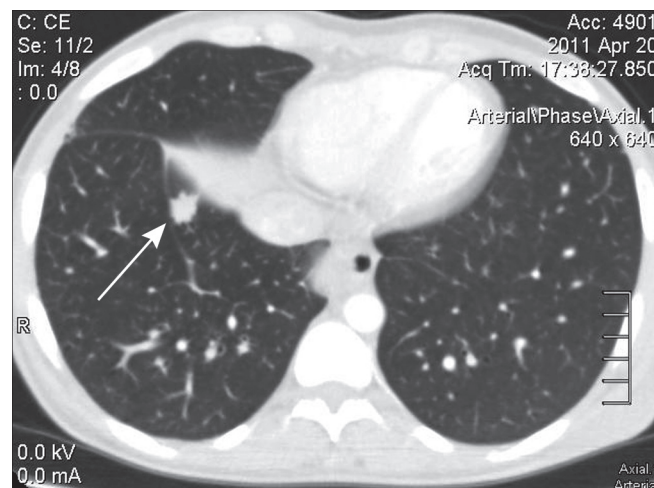


Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томограмма органов грудной клетки больной К.
Объяснение в тексте.

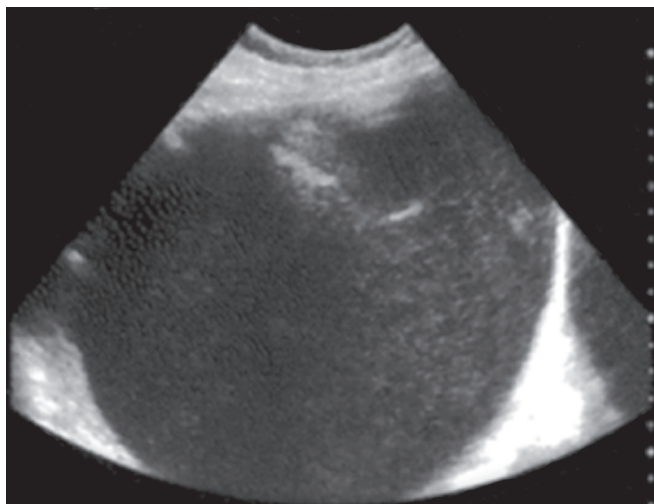


Рис. 1. Ультразвуковая картина кисты селезенки.

К ст. М. И. Васильченко и соавт.



Рис. 2. Визуализация кисты селезенки при выполнении мультиспиральной компьютерной томографии.

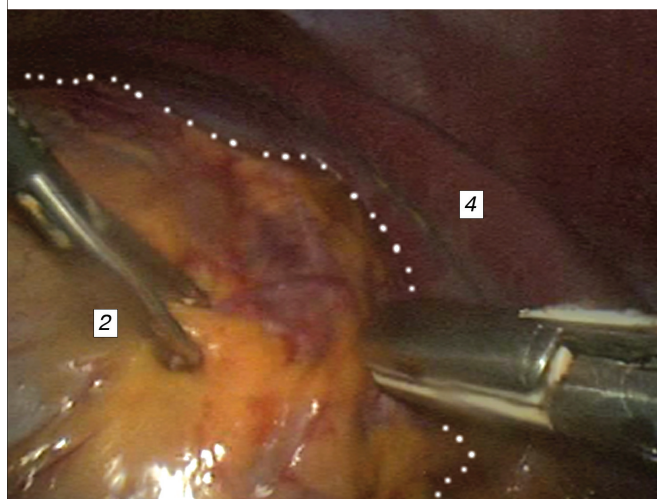
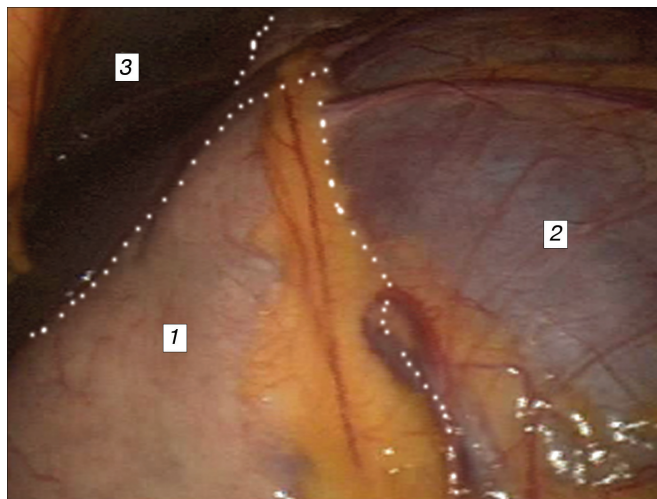


Рис. 3. Лапароскопическая картина кисты селезенки и ее взаимоотношения с соседними органами.

Пунктирной линией обозначены границы органов. 1 — желудок; 2 — киста селезенки; 3 — правая доля печени; 4 — селезенка.

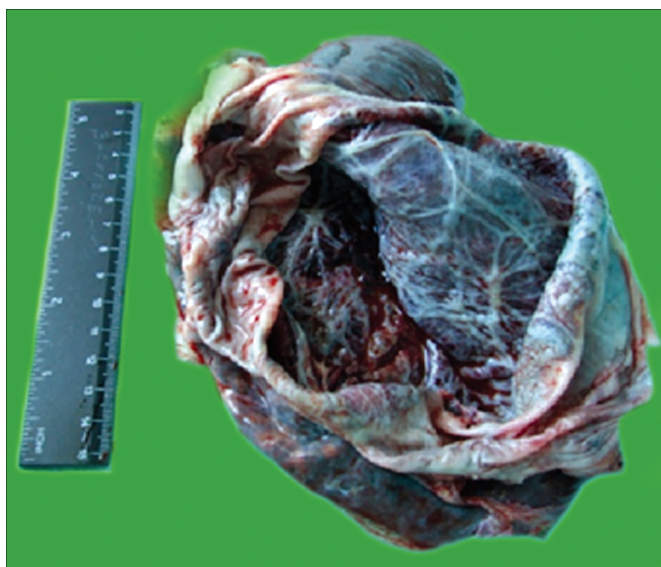


Рис. 4. Макропрепарат удаленной селезенки с кистой. Киста рассечена, вскрыта ее полость.

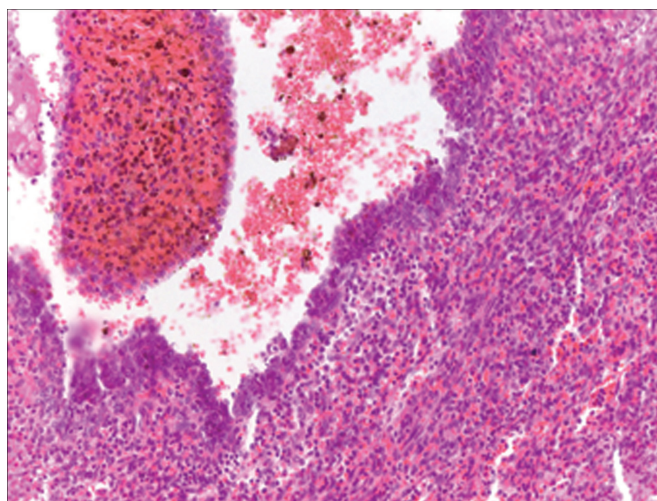


Рис. 5. Микрофотография стенки кисты селезенки. Окраска гематоксилином и эозином. х 200.