

Заболевания селезенки

Непаразитарные кисты и доброкачественные кистозные опухоли селезенки

Непаразитарные кисты селезенки — редко встречающиеся заболевания, составляют 0,5–2% всех ее заболеваний.

Из существующих классификаций наиболее приемлема классификация, предложенная R.H. Fowler (1924), согласно которой различают два вида кист — первичные (истинные) и вторичные (ложные). Соединительнотканная оболочка истинных кист выстлана эндотелием или эпителием, а ложные кисты не имеют выстилки. Среди истинных кист выделяют: дилатационные (вследствие расширения сосудов); врожденные, образующиеся вследствие отторжения зародышевого эндотелия брюшины и погружения его в ткань развивающейся селезенки (рис. 25.1); кисты опухолевого генеза (косточно перерожденные лимфогранулемы или гемангиомы, дермоидные и эпидермоидные кисты).

Причина образования ложных кист — травма с образованием крупной гематомы, которая подвергается аутолизическому распаду, вследствие чего образуется фиброзная капсула. При этом псевдокисты чаще возникают из внутриселезеночных гематом (рис. 25.2, 25.3). Среди ложных кист различают воспалительные (вследствие малярии, туберкулеза и лейшманиоза) и дегенеративные, образующиеся вторично вследствие нарушения кровообращения, например при инфаркте, эмболии селезенки.

Начальный и основной метод обследования больных с подозрением на кисты селезенки — УЗИ с доплерографией — самый простой и безопасный метод, который дает исчерпывающую информацию

о наличии, количестве, локализации, размерах, качественной характеристике кист и о состоянии самой селезенки. Кроме того, УЗИ определяет точные топографо-анатомические взаимоотношения кистозного образования и соседних органов. Для неосложненной непаразитарной кисты селезенки характерны ровный округлый внутренний контур, отсутствие внутренних структур и усиление отраженных ультразвуковых волн на его дистальной границе (см. рис. 25.2).

Точный диагноз при УЗИ устанавливает в 91,8–100% исследований. Для оценки топографо-анатомических взаимоотношений кисты и сосудов селезенки на первом месте стоит доплерография, которая позволяет видеть артерии и вены селезенки, измерить их диаметр, оценить кровоток. При доплерографии киста селезенки выглядит как «немая» зона с четкими контурами, что отличает кисту от сосудистых опухолей или гемангиом селезенки (рис. 25.4).

Другие более сложные методы лучевой диагностики — КТ и МРТ — рекомендуют как дополнительные методы исследования (рис. 25.5, 25.6).

Для дифференциальной диагностики между паразитарными и простыми кистами селезенки выполняют иммуноферментный анализ крови на антитела к альвеококку.

Кисты диаметром более 3 см требуют хирургического лечения. Современный уровень технического оснащения хирургии позволяет выполнять органосохраняющие операции при кистах селезенки. Чрескожная пункция кист под контролем УЗИ, резекция селезенки и лапароскопическая резекция кист или парциальная декапсуляция кист — наиболее эффективные и надежные методы лечения (рис. 25.7–25.11).

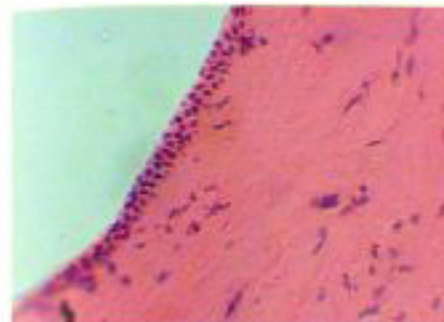


Рис. 25.1. Бельман А., 9 лет. Гистологическое исследование истинной кисты селезенки: выстилка кисты эндотелием. Окраска: гематоксилин-эозин, ×400

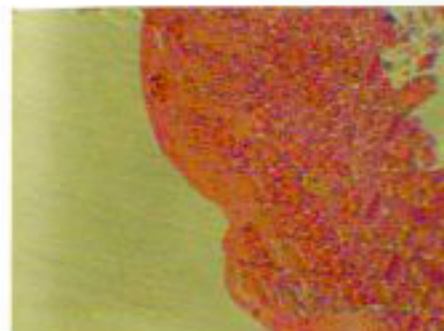


Рис. 25.3. Бельман П., 14 лет. Гистологическое исследование вторичной (посттравматической) кисты селезенки: соединительнотканная стенка. Окраска: гематоксилин-эозин, ×100



Рис. 25.2. Бельман П., 14 лет. Транс селезенки в результате падения с высоты 2 м. Ультразвуковая картина посттравматической кисты нижнего полюса селезенки



Рис. 25.4. Бельман Ш., 8 лет. Лимфогранулема селезенки при цветном доплерографическом картировании: видно жидкостное образование с множественными перегородками без кровотока внутри