

DOI: 10.24835/1607-0763-2018-2-94-101

Истинные кисты селезенки у близнецов

Степанова Ю.А.* , Ионкин Д.А., Алимурзаева М.З., Глотов А.В.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

True cysts of the spleen in twins

Stepanova Yu.A.* , Ionkin D.A., Alimurzaeva M.Z., Glotov A.V.

A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscow, Russia

Селезеночные кисты встречаются достаточно редко. Истинные (врожденные) кисты селезенки являются эпителиальными по происхождению и имеют эмбриональное включение эпителиальных клеток из смежных структур. Врожденные кисты селезенки также называются эпидермоидными или эпителиальными кистами. Кисты образуются вследствие инвагинации селезеночной капсулы, покрытой мезотелием. Выстилка является плюрипотентной и может претерпевать метапластические изменения и накопление жидкости с последующим ростом кисты. Представляем собственное клиническое наблюдение истинных кист селезенки у близнецов. Жалоб оба пациента не предъявляли. В представленном клиническом наблюдении у одного из близнецов образование имело размеры до 85,0 мм в диаметре, локализовалось в воротах селезенки и сдавливало сосудистую ножку селезенки, что вызвало необходимость хирургического лечения. У второго близнеца киста также локализуется в воротах селезенки, однако она имеет незначительные размеры и при динамическом наблюдении роста ее не отмечено.

Ключевые слова: селезенка, истинная (врожденная) киста, близнецы, диагностика, лечение.

Ссылка для цитирования: Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Алимурзаева М.З., Глотов А.В. Истинные кисты селезенки у близнецов. *Медицинская визуализация*. 2018; 22 (2): 94–101.

DOI: 10.24835/1607-0763-2018-2-94-101.

Splenic cysts are rare. Most true (congenital) splenic cysts are epithelial in origin and have embryonic inclusion of epithelial cells from adjacent structures. Congenital spleen cysts are also called epidermoid or epithelial cysts. They form when there is an invagination of the mesothelium-lined splenic capsule during development. The lining is pluripotent and may undergo metaplastic changes and fluid accumulation with resultant cyst expansion. We present our own clinical case of the true spleen cysts in twins. Both patients didn't have any complains. In one of the twins, the lesion was up to 85.0 mm in diameter, localized in the spleen gates and squeezed the spleen vascular pedicle, which necessitated the surgical treatment. In the second twin, the

cyst also localized in the spleen gates, however, it was of minor dimensions and, there was no growth at dynamic monitoring at the present time.

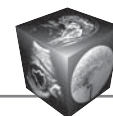
Key words: spleen, true (congenital) cyst, twins, diagnosis, treatment.

Recommended citation: Stepanova Yu.A., Ionkin D.A., Alimurzaeva M.Z., Glotov A.V. True cysts of the spleen in twins. *Medical Visualization*. 2018; 22 (2): 94–101. DOI: 10.24835/1607-0763-2018-2-94-101.

Введение

Селезеночные кисты встречаются достаточно редко. F.G. Robbins и соавт. при исследовании материала 42 327 патологоанатомических вскрытий сообщили о частоте встречаемости кист селезенки 0,07% [1]. В 1953 г. R.H. Fowler рассмотрел 265 случаев кист селезенки в мировой литературе и предложил первую патологическую классификацию кист селезенки [2], однако в силу своей сложности она не нашла клинического применения. В 1958 г. эта классификация была доработана J.W. Martin в более простом и приемлемом для практического применения варианте [3]. Авторы классифицировали кисты селезенки в зависимости от наличия или отсутствия клеточной выстилки стенки кисты на первичные (истинные) и вторичные (псевдокисты).

Истинные (врожденные) кисты селезенки являются эпителиальными по происхождению и имеют эмбриональное включение эпителиальных клеток из смежных структур [4]. Врожденные кисты селезенки также называются эпидермоидными или эпителиальными кистами. Они встречаются редко, включая только около 10% всех селезеночных кист. Врожденные кисты селезенки образуются вследствие инвагинации селезеночной капсулы, покрытой мезотелием. Выстилка является плюри-



потентной и может претерпевать метапластические изменения и накопление жидкости с последующим ростом кисты [5]. Истинные кисты представляют собой заболевания с аутосомной доминантной наследственностью (в случае одиночных кист селезенки) или могут представлять собой единый генетический дефект – множественное кистозное поражение различных органов, включая селезенку, почки, печень, головной мозг [6, 7].

Гистологически эпидермоидные кисты имеют плоскоэпителиальную выстилку с наличием характерных межклеточных мостиков и толстую фиброзную стенку. Перегородки внутри кисты могут быть представлены толстыми пучками коллагеновых волокон, покрытых эпителием. Жидкость внутри кисты может содержать кристаллы холестерина, частицы белка, кровь. Считается, что клеточная выстилка врожденных кист возникает из клеток мезотелия, проникших в селезенку после надрыва капсулы и подвергшихся плоскоклеточной метаплазии вследствие хронической травматизации. Согласно другому предположению, врожденные кисты развиваются из нормальных структур белой пульпы [1].

Кисты чаще бессимптомны, редко вызывают неясные боли в животе, кисты значительных размеров пальпируются как плотное образование в левом подреберье или же они являются случайными находками во время обследования по какому-то несвязанному с наличием кисты поводу [5].

Кисты селезенки хорошо верифицируются всеми методами лучевой диагностики. При ультразвуковом исследовании киста селезенки определяется как четко очерченное жидкостное образование, в тонкой эхоплотной капсуле, имеющее чаще всего анэхогенное содержимое. Однако возможно наличие мелкодисперсных включений,

при значительном их количестве может определяться акустическая тень. Также возможно наличие мелких кальцинатов в капсуле образования. При дуплексном сканировании кровотока в капсуле и перегородках образования не лоцируется. При компьютерной томографии киста обычно определяется как гиподенсное очаговое образование, имеющее четкие контуры. Капсула тонкая, с четкой дифференциацией образования от паренхимы селезенки, может содержать мелкие кальцинаты. При введении контрастного вещества капсула и возможные перегородки образования не накапливают контрастное вещество. При магнитно-резонансной томографии также определяется кистозное образование, имеющее однородную интенсивность МР-сигнала: T1ВИ – низкая интенсивность сигнала; T2ВИ – очень высокая интенсивность сигнала. Характер контрастирования аналогичен таковому при компьютерной томографии [8–11].

Сложности в верификации образования могут возникнуть вследствие возможного наличия включений в содержимом кисты и/или наличия какой-либо нетипичной картины перегородок. Дифференциальная диагностика при кистозном поражении селезенки должна включать врожденную кисту, эхинококковую кисту, панкреатическую псевдокисту, псевдокисты после травмы селезенки, исход инфаркта, инфекцию, гнойный абсцесс, кистозную лимфангиому или кистозную гемангиому (редко), а также метастатическое поражение [5].

Представляем клиническое наблюдение истинных кист селезенки у близнецов.

В Институт хирургии им. А.В. Вишневского обратились близнецы 18 лет. При диспансеризации при окончании школы у обоих близнецов было выявлено кистоз-

Для корреспонденции*: Степанова Юлия Александровна – 117997 Москва, ул. Бол. Серпуховская, 27. Отдел лучевых методов диагностики и лечения Института хирургии им. А.В. Вишневского. Тел.: +7-499-236-44-14. E-mail: stepanovaua@mail.ru

Степанова Юлия Александровна – доктор мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России, Москва.

Ионкин Дмитрий Анатольевич – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №2 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России, Москва.

Алимурзаева Максалина Захарьевна – аспирант отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России, Москва.

Глов Андрей Вячеславович – младший научный сотрудник отделения патологической анатомии ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России, Москва.

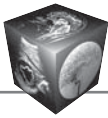
Contact*: Yulia A. Stepanova – 117997 Moscow, Bol. Serpukhovskaya str., 27. A.V. Vishnevsky Institute of Surgery. Phone: +7-499-236-44-14. E-mail: stepanovaua@mail.ru

Yulia A. Stepanova – doct. of med. sci., the senior research of radiology methods of diagnostics and treatment department of A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscow.

Dmitry A. Ionkin – cand. of med. sci., senior researcher of the abdominal surgery department №2 of A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscow.

Maksalina Z. Alimurzaeva – graduate student of radiology department of A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscow.

Andrey V. Glotov – the junior researcher of pathological anatomy department of A.V. Vishnevsky Surgery Institute, Moscow.



ное образование селезенки. Близнецы были двойцами, родились недоношенными. Киста больших размеров была выявлена у ребенка, имевшего большую массу тела при рождении.

Пациент О. Вл., 18 лет. При осмотре в Институте хирургии жалоб не предъявлял.

Ультразвуковое исследование (амбулаторно, 25.10.13).

Селезенка в размерах не увеличена ($S = 30 \text{ см}^2$), имеет четкие ровные контуры, структура паренхимы неоднородна за счет наличия в области ворот округлого образования, деформирующего контур селезенки, размерами $25,5 \times 24,1 \text{ мм}$, с четкими ровными контурами, по структуре анэхогенного однородного (рис. 1). К медиальной контуру образования прослеживается ход сосудистой ножки селезенки, сосуды которой, охватывая образование по переднему и заднему полюсу, прослеживаются в паренхиму селезенки.

Заключение: непаразитарная киста в воротах селезенки (рекомендуется динамическое наблюдение).

Незначительные размеры кисты и отсутствие жалоб у пациента позволяют проводить динамический мониторинг размеров кисты.

Пациент О. Вяч., 18 лет. При осмотре в Институте хирургии предъявлял жалобы на ноющую боль в области левого подреберья.

Ультразвуковое исследование (амбулаторно, 25.10.13)

Селезенка умеренно увеличена, размерами $96 \times 62 \text{ мм}$, $S = 42 \text{ см}^2$, контуры ровные, четкие, структура паренхимы неоднородная. В верхнем и среднем сегментах, распространяясь к воротам селезенки, определяется жидкостное образование размерами $53 \times 60 \text{ мм}$, с капсулой толщиной до $2,3 \text{ мм}$, с неоднородным “желеобразным” содержимым. Образование расположено преимущественно интрапаренхиматозно, минимальная толщина ткани составляет $2-4 \text{ мм}$, на протяжении 10 мм выходит подкапсульно. В режиме ЦДК данных о наличии кровотока в капсуле не получено. Рядом определяется дополнительное кистозное образование диаметром до 20 мм .

Заключение: УЗ-картина кистозного образования селезенки (непаразитарная киста/лимфангиома?).

Осмотр при поступлении в стационар. Кожные покровы естественной окраски. Видимые слизистые не изменены. ЧДД 18 в 1 мин. При аускультации легких хрипов нет. Дыхание проводится во все отделы. Область сердца не изменена, границы сердца не расширены. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Артериальное давление $110/70 \text{ мм рт.ст.}$ Пульс 78 в 1 мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается. Перитонеальных симптомов нет. Нижняя граница печени

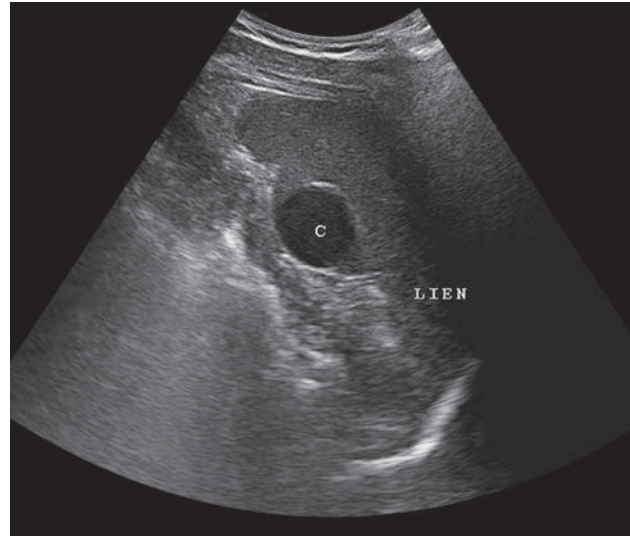


Рис. 1. УЗ-изображение кисты (С) селезенки (LIEN) в В-режиме.

определяется по краю реберной дуги. Селезенка несколько увеличена в размерах. Мочеиспускание не нарушено, дизурии нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Патологических изменений костно-мышечной системы не выявлено.

Ультразвуковое исследование (05.11.13)

В брюшной полости, по ходу латеральных каналов, а также в малом тазу свободной жидкости и отграниченных жидкостных скоплений не выявлено.

Печень в размерах не увеличена: переднезадний размер правой доли 126 мм , левой – 71 мм , контуры ровные, четкие, структура паренхимы неоднородная, неравномерно повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок не нарушен.

Желчный пузырь не увеличен, деформирован за счет изгиба в теле, стенки не утолщены, содержимое однородное. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены, гепатикохоледох определяется диаметром $5,6 \text{ мм}$, просвет свободный.

Поджелудочная железа в размерах не увеличена: головка 25 мм , тело 13 мм , хвост 18 мм , контуры ровные, четкие, неоднородно повышенной эхогенности, главный панкреатический проток (ГПП) не расширен.

Селезенка умеренно увеличена в размерах ($S = 42 \text{ см}^2$), контуры четкие, местами бугристые, структура паренхимы неоднородная. Деформируя верхнемедиальный контур селезенки в верхней ее половине, определяется жидкостное образование, правильной округлой формы, с четким ровным контуром, с наличием тонкой капсулы, с неоднородным “студенистым” содержимым, размерами $61 \times 55 \text{ мм}$ (рис. 2, а–в). К данному образованию прилежит еще одно полостное образование, отделенное тонкой перегородкой, размерами $16 \times 18 \text{ мм}$, с однородным анэхогенным содержимым (см. рис. 2, б).

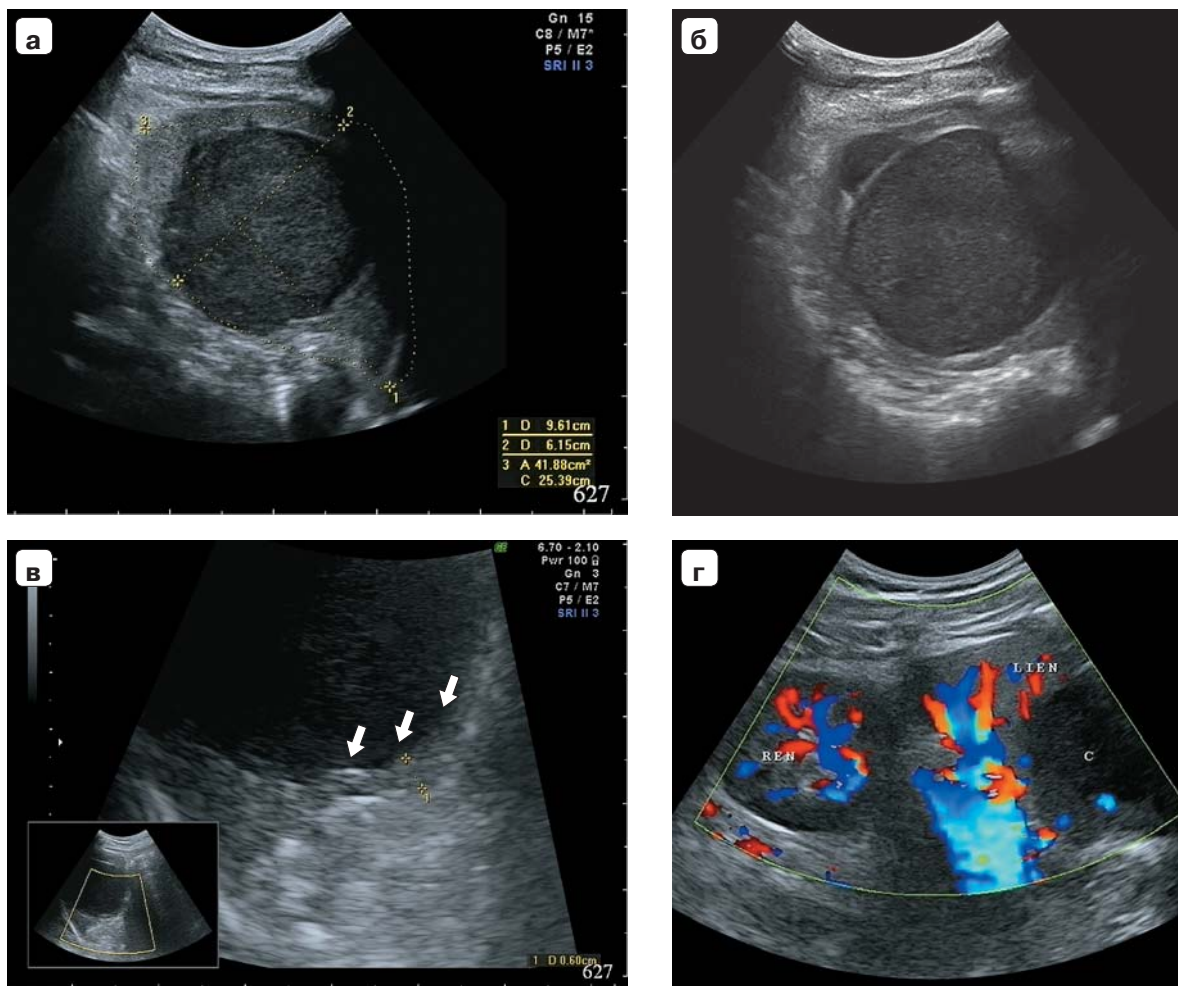


Рис. 2. УЗ-изображения кисты селезенки. а – В-режим, кистозное образование в паренхиме селезенке; б – В-режим, кистозное образование со “студенистым” содержимым, к которому прилежит мелкое образование с анэхогенным (жидкостным) содержимым; в – В-режим, стрелками указана капсула образования; г – режим ЦДК, киста (С) прилежит к сосудистой ножке селезенке (LIEN) (REN – почка).

По нижнему с переходом на латеральный контур образования прослеживается ход селезеночной артерии и вены и ее ветвей (рис. 2, г). При дуплексном сканировании данных о наличии кровотока в капсуле образования не получено.

В области нижнего полюса определяется округлой формы образование до 10 мм, по структуре соответствующее ткани селезенки.

Увеличенных лимфатических узлов не выявлено.

Почки расположены обычно, нормальных размеров (правая почка – 99 × 40 мм, левая – 108 × 46 мм) и строения. Контуров почек четкие, ровные, паренхиматозный слой равномерно и достаточно выражен. Чашечно-лоханочная система (ЧЛС) не расширена, структуры уплотнены, содержит рассеянные гиперэхогенные включения 3–4 мм без четкой акустической тени, конкрементов не выявлено.

Заключение: кистозное образование селезенки. Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. УЗ-признаки мочекаменной болезни.

Компьютерная томография (05.11.13)

Свободная жидкость и газ в брюшной полости не определяются.

Печень незначительно увеличена, определяется размерами 218 × 118 × 183 мм, форма и положение не изменены. Контуров ее ровные, четкие, паренхима однородная, плотность 68 ед.Н в нативную фазу. Очаговые образования печени не визуализируются.

Желчный пузырь располагается обычно, контуров ровные, четкие, поперечный размер 20 мм. Содержимое однородное, плотностью 20 ед.Н. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Общий желчный проток – 6,5 мм.

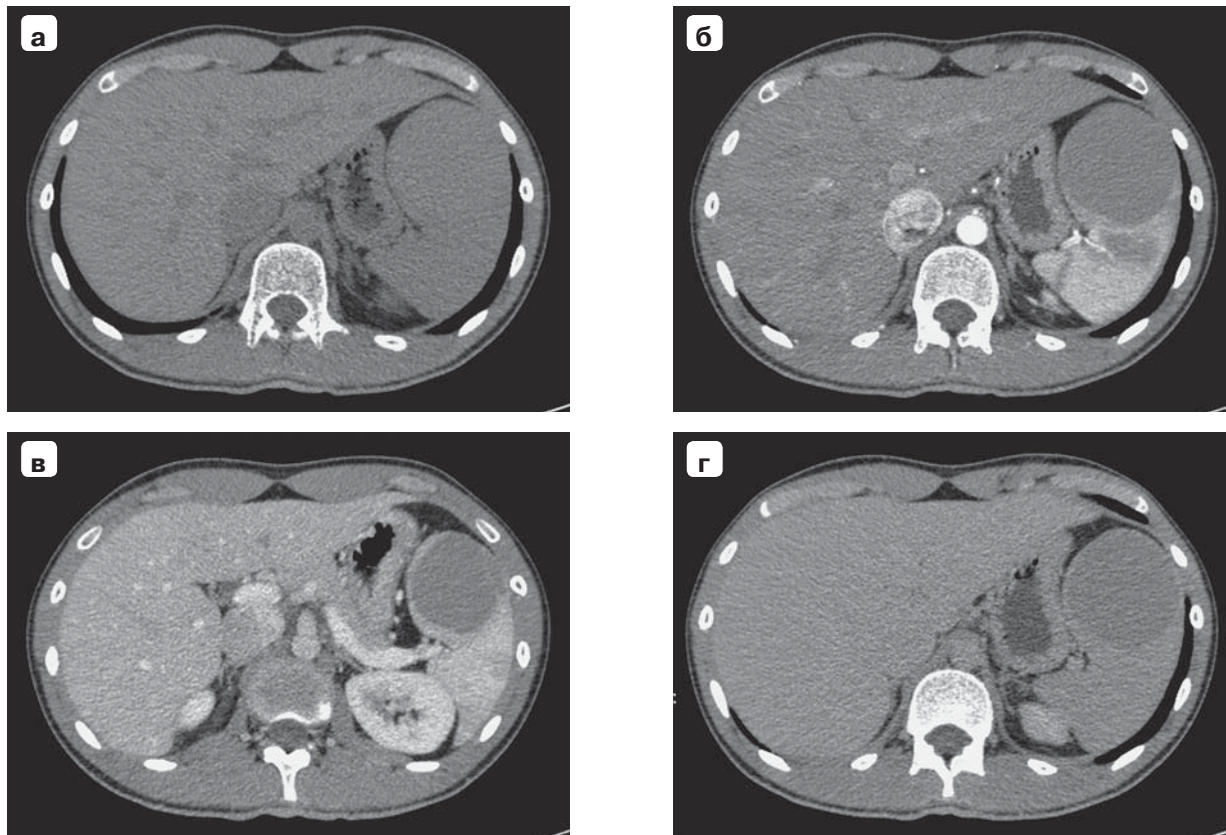
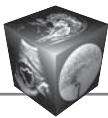


Рис. 3. КТ-изображения кистозного образования селезенки. а – нативная фаза; б – артериальная фаза; в – венозная фаза; г – отсроченная фаза исследования.

Воротная вена диаметром 12 мм. Селезеночная вена диаметром 10 мм. Верхняя брыжеечная вена диаметром 13 мм.

Чревной ствол диаметром 10,5 мм. Верхняя брыжеечная артерия отходит от чревного ствола, диаметром 8,5 мм.

Диаметр брюшной аорты составляет 16 мм.

Поджелудочная железа размерами: головка 27 мм, тело 21 мм, хвост 17 мм. Паренхима равномерно накапливает контрастный препарат, плотность по фазам 47–120–111–76 ед.Н. ГПП не расширен.

Селезенка увеличена, определяется размерами 119 × 42 × 97 мм, ее плотность не изменена (53 ед.Н). В области ворот селезенки определяется округлое образование диаметром 8,5 мм, по параметрам контрастирования соответствует селезенке. В паренхиме селезенки подкапсульно в области верхнего полюса и далее, распространяясь к воротам, определяются два образования размерами 67 × 57 × 60 мм и 16 × 23 мм, разделенные тонкой стенкой, плотностью 57–62 ед.Н (рис. 3, а). При контрастировании капсула и перегородки образования не накапливают контрастный препарат (рис. 3, б–г).

Надпочечники обычно расположены, не изменены. Окружающая жировая клетчатка не изменена.

Почки обычной формы, размеров, расположения, контуры четкие, ровные. ЧЛС, верхние отделы мочеточников не расширены. В лоханке правой почки определяется рентгеноконтрастный конкремент до 3 мм в диаметре.

Толстая кишка заполнена содержимым, выявляется умеренное количество газа. Визуализированные отделы не изменены.

Заключение: КТ-картина кистозного образования селезенки (посттравматическая псевдокиста/ лимфангиома?). Добавочная долька селезенки. Конкремент правой почки.

Лабораторные показатели без изменений.

По данным обследования был поставлен **диагноз:** основной – непаразитарная киста селезенки (нельзя исключить кистозную лимфангиому); сопутствующий – мочекаменная болезнь. Учитывая наличие жалоб, локализацию, размеры и структуру образования, принято решение об оперативном лечении. Противопоказаний не выявлено.

Пациенту выполнено **оперативное вмешательство (14.11.13):** лапароскопическая резекция верхнего полюса селезенки.

При ревизии в брюшной полости выпота не выявлено. Со стороны брюшины, доступных для осмотра

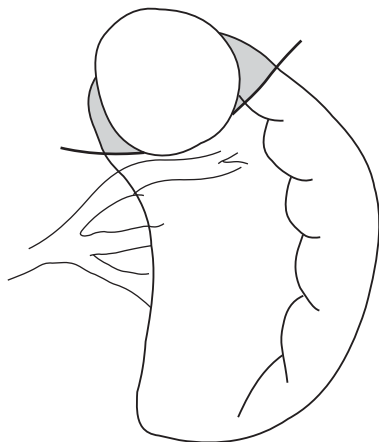


Рис. 4. Схематическое изображение оперативного вмешательства (заштрихована удаленная часть паренхимы с кистой).

поверхности печени и петель кишечника, со стороны органов малого таза патологических изменений не выявлено. В области верхнего полюса селезенки определяется плотное округлое образование размером до 9 см, которое лишь на участке 2 × 3 см выходит на поверхность селезенки и представляется участком кисты с толстой стенкой. В остальном вся киста покрыта тканью селезенки, т.е. имеет преимущественно интрапаренхиматозное расположение.

Интраоперационно в связи с тем, что данные предоперационного обследования не позволяют исключить кистозную лимфангиому, принято решение о выполнении пункции, эвакуации содержимого кисты селезенки, алкоголизации полости, иссечения стенки кисты с резекцией прилежащей ткани селезенки.

Ход операции. Установлены дополнительные троакары для рабочих инструментов. Через дополнительный прокол попытка установки в полость кисты 8 F дренажа типа *rig tail* не увенчалась успехом ввиду толстой фиброзной стенки кисты. Полость кисты вскрыта лапароскопической иглой, содержимое взято на цитологическое исследование. Из полости кисты удалено до 20,0 мл желтоватой мутной вязкой жидкости. Полость кисты обработана этиловым спиртом, время экспозиции – 5 мин. Спирт удален, полость кисты промыта. С применением ультразвуковых ножниц и коагуляции произведено иссечение доступной осмотру части стенки кисты вместе с прилежащей паренхимой селезенки (рис. 4). Общая площадь удаленной стенки кисты до 8 × 6 см. Стенка кисты направлена на гистологическое исследование. Максимально возможно произведена деэпителизация остающейся части стенки кисты с применением коагуляции, кипячения.

В послеоперационном периоде проводили динамический мониторинг состояния пациента по данным ультразвукового исследования.

Ультразвуковое исследование (15.11.13)

В левой плевральной полости определяется до 100,0 мл жидкости.

У верхнего полюса селезенки по задней ее поверхности определяется ход дренажной трубки. В левом поддиафрагмальном пространстве, по ходу левого латерального канала и в малом тазу свободной жидкости не выявлено.

Площадь селезенки 49 см², имеет четкие, неровные в зоне резекции контуры, структура паренхимы неоднородна за счет наличия в зоне резекции участка паренхимы неправильной формы, размерами 22,6 × 35,4 мм, с четкими неровными контурами, по структуре неоднородной с наличием эхоплотного валика по периферии и центральной частью пониженной эхогенности с наличием незначительной жидкостной составляющей. При дуплексном сканировании вокруг данной зоны прослеживается равномерный внутриорганный кровоток.

Заключение: состояние после лапароскопической резекции верхнего полюса селезенки 14.11.13. Умеренный левосторонний гидроторакс.

Ультразвуковое исследование (18.11.13)

В левой плевральной полости определяется до 400,0 мл жидкости, в правой плевральной полости жидкости не выявлено.

В левом поддиафрагмальном пространстве, по ходу левого латерального канала и в малом тазу свободной жидкости не выявлено.

Площадь селезенки – 43 см², имеет четкие ровные контуры, структура паренхимы неоднородна за счет наличия в проекции верхнего полюса зоны неправильной формы, размерами 14,7 × 32,4 мм, с четкими неровными контурами, по структуре неоднородной с наличием эхоплотного валика по периферии и центральной частью пониженной эхогенности с наличием незначительной жидкостной составляющей (рис. 5). При дуплексном сканировании вокруг данной зоны прослеживается равномерный внутриорганный кровоток.

Заключение: состояние после лапароскопической резекции верхнего полюса селезенки 14.11.13. Левосторонний гидроторакс (при сравнении с данными исследования от 15.11.13 отмечается увеличение количества жидкости).

По данным выполненного исследования отмечено увеличение объема жидкости в левой плевральной полости. Под УЗ-контролем из наиболее низкой точки выполнена плевральная пункция. Удалено 430,0 серозно-геморрагического содержимого.

При **гистологическом исследовании** стенка кисты была представлена многослойным плоским неороговевающим эпителием. **Заключение:** истинная киста селезенки (рис. 6).

Пациент выписан по месту жительства с рекомендацией динамического УЗ-контроля.

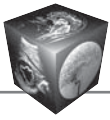


Рис. 5. УЗ-изображение остаточной полости (указана метками) в зоне резекции селезенки.

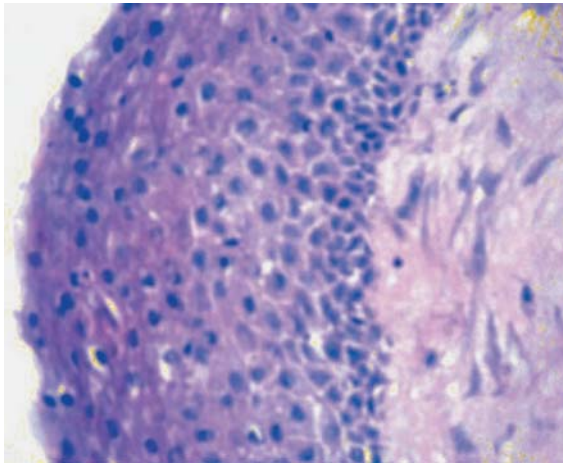


Рис. 6. Микропрепарат, стенка кисты представлена фиброзной тканью с выстилкой из многослойного плоского неороговевающего эпителия. Окраска гематоксилином и эозином.

При динамическом мониторинге состояния пациента отмечали постепенное закрытие остаточной полости в зоне оперативного вмешательства.

У второго близнеца динамический мониторинг к настоящему времени не выявил увеличения кисты в размерах.

Обсуждение

При анализе зарубежной литературы мы не встретили описания кист селезенки у близнецов. При анализе российских источников литературы научных работ мы также не отметили, однако на форуме <http://echographia.ru/forum> [12] приведено авторское клиническое наблюдение дермоидной кисты селезенки у близнецов. К автору публикации по направлению эндокринолога на

ультразвуковое исследование щитовидной железы и надпочечников были направлены однойцевые близнецы 18 лет, которые обследовались по поводу акне. Других жалоб пациенты не предъявляли. При уже проведенном обследовании у обоих близнецов была выявлена дополнительная хорда сердца. У одного близнеца в паренхиме селезенки в области ворот определялась анэхогенная полость с четкими и ровными наружными контурами размерами 29 × 22 × 24 мм, с едва заметной мелкодисперсной взвесью, в капсуле толщиной 1 мм, внутренняя поверхность которой была неровная. Кровоток в капсуле образования не лоцировали. У другого близнеца в паренхиме селезенки в области ворот также определялась анэхогенная полость с четкими и ровными наружными контурами, диаметром 65 мм, с мелкодисперсной взвесью, в капсуле 2 мм, внутренняя поверхность ее неровная. Лоцировали огибающие образования сосуды.

Данное наблюдение схоже с представленным нами. Однако оперативное вмешательство не описано, вследствие чего судить о природе данных образований затруднительно.

Показаниями к удалению кисты селезенки являются следующие патологические состояния [8–10, 13, 14]:

- кровотечение, разрыв, нагноение;
- размеры кисты от 3 до 10 см и более;
- локализация кисты в воротах селезенки;
- выраженные симптомы новообразования (диспепсические явления, постоянные боли в подреберье);
- наличие рецидивных опухолей при неэффективности ранее применяемых методов лечения кисты селезенки.

Наиболее эффективным методом лечения кисты селезенки в настоящее время является оперативное вмешательство. Применяют следующие виды хирургических операций при кисте селезенки [8–10, 13, 14]:

- проведение пункции кисты с введением в ее полость склерозирующего раствора;
- удаление кисты селезенки с ее оболочками с последующей обработкой аргон-усиленной плазмой ее внутренней выстилки;
- удаление пораженной части селезенки вместе с кистозным образованием;
- удаление селезенки с новообразованием с последующей аутотрансплантацией в большой сальник селезеночной ткани.

При лечении одиночных неосложненных новообразований размерами до 3–5 см чаще всего применяют пункцию. Проведение склерозирования в данном случае является обязательным усло-



вию проведения операции при кисте селезенки. В противном случае может развиться рецидив заболевания и потребуются новое оперативное вмешательство. Удаление кисты селезенки в настоящее время, как правило, проводится лапароскопическим доступом. При этом стенки кисты иссекаются в пределах здоровых тканей. Если по определенным причинам сохранить орган невозможно, то выполняют спленэктомию, после чего проводят аутотрансплантацию фрагмента селезеночной ткани пациента в большой сальник [8, 10, 14, 15].

В представленном клиническом наблюдении у одного из близнецов образование имело размеры до 85,0 мм в диаметре, локализовалось в воротах селезенки и сдавливало сосудистую ножку селезенки, что вызвало необходимость хирургического лечения. У второго близнеца киста также локализовалась в воротах селезенки, однако она имела незначительные размеры и при динамическом наблюдении роста ее в настоящее время не отмечено.

Заключение

Представлено крайне редкое клиническое наблюдение истинной кисты селезенки у близнецов.

Список литературы

- Robbins F.G., Tellin A.E., Lingau R.W., Craig J.R., Turrill F.L., Mikkelsen W.P. Splenic epidermoid cyst. *Ann. Surg.* 1978; 187: 231–235.
- Fowler R.H. Non parasitic benign cystic tumours of the spleen. *Int. Abstr. Surg.* 1953; 96: 209–227.
- Martin J.W. Congenital splenic cysts. *Am. J. Surg.* 1958; 96: 302–307.
- Lippitt W.H., Akhavan T., Caplan G.E. Epidermoid cyst of the spleen with rupture and inflammation. *Arch. Surg.* 1967; 95: 74–78.
- Daga G., Mittal V., Singh R.J., Sood N. Epithelial cyst of the spleen. *J. Indian Assoc. Pediatr. Surg.* 2011; 16 (1): 18–20. DOI: 10.4103/0971-9261.74516.
- Bürrig K.F. Epithelial (true) splenic cysts. Pathogenesis of the mesothelial and so-called epidermoid cyst of the spleen. *Am. J. Surg. Pathol.* 1988; 12 (4): 275–281.
- Gaudio M., Brizio R., Medri L., Marra G.A., Padovani F., Vio A., Saragoni A. Epidermoid cyst of the spleen. Presentation of a case. *Pathologica.* 1990; 82 (1080): 465–470.
- Alkofer B., Lepennec V., Chiche L. Splenic cysts and tumors: diagnosis and management. *J. Chir. (Paris).* 2005; 142 (1): 6–13.
- Кубышкин В.А., Ионкин Д.А. Опухоли и кисты селезенки. М.: Медпрактика-М, 2007. 288 с.
- Ширяев А.А. Диагностика и лечение непаразитарных кист селезенки: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 91 с.
- Ingle S.B., Hinge Ingle C.R., Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: a minireview. *Wld J. Gastroenterol.* 2014; 20 (38): 13899–13903. DOI: 10.3748/wjg.v20.i38.13899.
- Форум “Эхография” <http://echographia.ru/forum/index.php?topic=2640.0> (дата обращения 12.12.2017).
- Anon R., Guijarro J., Amoros C., Gil J., Bosca M.M., Palmero J., Benages A. Congenital splenic cyst treated with percutaneous sclerosis using alcohol. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 2006; 29 (4): 691–693.
- Беляева А.В., Поляев А.Ю., Розинов В.М. Непаразитарные кисты селезенки у детей (этиология, классификация, органосохраняющее лечение). *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.* 2016; 6 (3): 102–110.
- Di Carlo I., Toro A. Splenic Autotransplantation Is Always Valid after Splenectomy. *J. Invest. Surg.* 2017; 30 (6): 401–402. DOI: 10.1080/08941939.2016.1268656.

References

- Robbins F.G., Tellin A.E., Lingau R.W., Craig J.R., Turrill F.L., Mikkelsen W.P. Splenic epidermoid cyst. *Ann. Surg.* 1978; 187: 231–235.
- Fowler R.H. Non parasitic benign cystic tumours of the spleen. *Int. Abstr. Surg.* 1953; 96: 209–227.
- Martin J.W. Congenital splenic cysts. *Am. J. Surg.* 1958; 96: 302–307.
- Lippitt W.H., Akhavan T., Caplan G.E. Epidermoid cyst of the spleen with rupture and inflammation. *Arch. Surg.* 1967; 95: 74–78.
- Daga G., Mittal V., Singh R.J., Sood N. Epithelial cyst of the spleen. *J. Indian Assoc. Pediatr. Surg.* 2011; 16 (1): 18–20. DOI: 10.4103/0971-9261.74516.
- Bürrig K.F. Epithelial (true) splenic cysts. Pathogenesis of the mesothelial and so-called epidermoid cyst of the spleen. *Am. J. Surg. Pathol.* 1988; 12 (4): 275–281.
- Gaudio M., Brizio R., Medri L., Marra G.A., Padovani F., Vio A., Saragoni A. Epidermoid cyst of the spleen. Presentation of a case. *Pathologica.* 1990; 82 (1080): 465–470.
- Alkofer B., Lepennec V., Chiche L. Splenic cysts and tumors: diagnosis and management. *J. Chir. (Paris).* 2005; 142 (1): 6–13.
- Kubyshkin V.A., Ionkin D.A. Tumors and cysts of the spleen. M.: MedPractice-M, 2007. 288 c. (In Russian)
- Shiryayev A.A. Diagnosis and treatment of nonparasitic spleen cysts: Diss. ... cand. med. sci. M., 2010. 91 p. (In Russian)
- Ingle S.B., Hinge Ingle C.R., Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: a minireview. *Wld J. Gastroenterol.* 2014; 20 (38): 13899–13903. DOI: 10.3748/wjg.v20.i38.13899.
- Forum “Echography” <http://echographia.ru/forum/index.php?topic=2640.0> (date of conversion 12.12.2017). (In Russian)
- Anon R., Guijarro J., Amoros C., Gil J., Bosca M.M., Palmero J., Benages A. Congenital splenic cyst treated with percutaneous sclerosis using alcohol. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 2006; 29 (4): 691–693.
- Belyaeva A.V., Polyayev Y.A., Rosinov V.M. Nonparasitic splenic cysts in children (etiology, classification, organ preservation therapy). *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care.* 2016; 6 (3): 102–110. (In Russian)
- Di Carlo I., Toro A. Splenic Autotransplantation Is Always Valid after Splenectomy. *J. Invest. Surg.* 2017; 30 (6): 401–402. DOI: 10.1080/08941939.2016.1268656.