

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ

A CLINICAL CASE OF A GIANT EPIDERMOID CYST OF THE SPLEEN

■ ■ Мяконький Роман Викторович

■ Каплунов Кирилл Олегович

■ Краюшкин Сергей Иванович

■ Иванченко Сергей Владимирович

■ Баркинхоев Руслан Муссаевич

■ Волгоградский государственный
медицинский университет

■ Волгоградская областная клиническая
больница №3

■ ■ Myakonkiy Roman Viktorovich

■ Kaplunov Kirill Olegovich

■ Krayushkin Sergey Ivanovich

■ Ivanchenko Sergey Vladimirovich

■ Barkinkhoev Ruslan Mussaevich

■ Volgograd State Medical University

■ Volgograd Regional Clinical Hospital No. 3

E-mail: mrv-disser@mail.ru

Резюме

В статье, на примере клинического кейса, представлено описание лечебно-диагностической тактики в отношении эпидермоидной кисты селезенки, приведены аспекты этиологии и патогенеза рассматриваемого заболевания.

Ключевые слова: киста селезенки, эпидермоидная киста селезенки, объемные образования селезенки.

Using the example of a clinical case, the article provides a description of therapeutic and diagnostic tactics for epidermoid cyst of the spleen, as well as aspects of the etiology and pathogenesis of the disease in question.

Key words: spleen cyst, epidermoid cyst of the spleen, volumetric formations of the spleen.

Библиографическая ссылка на статью

Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Краюшкин С.И.,
Иванченко С.В., Баркинхоев Р.М. Клинический случай
гигантской эпидермоидной кисты селезенки // Innova. - 2025. -
Т. 11. - № 2. - С.30-42.

References to the article

Myakonkiy R.V., Kaplunov K.O., Krayushkin S.I., Ivanchenko S.V.,
Barkinkhoev R.M. A clinical case of a giant epidermoid cyst of the
spleen // Innova. - 2025. - T. 11. - № 2. - P.30-42.

В хирургической практике кисты селезенки нельзя назвать часто встречающейся патологией, что в свою очередь привносит определенные трудности по выбору тактических решений. Согласно доступным открытым литературным источникам, частота встречаемости очаговых образований селезенки составляет 3,2-4,2% на 100000 населения, при этом встречаемость кист селезенки составляет 0,75 на 100000 [1, 2]. С помощью современных обзорных визуализирующих диагностических технологий в селезенке удастся выявлять одиночные или множественные кисты. Большое количество ранее предложенных классификаций кист селезенки градируют их по виду, происхождению, гистогенезу, в ряде зарубежных

классификаций киста селезенки отнесена к опухолевым или опухолеподобным заболеваниям [3–6]. У некоторых пациентов могут наблюдаться осложнения со стороны кисты, такие как инфекция, разрыв и кровотечение. Стоит предположить, что в последнее время количество вновь диагностированных случаев кист селезенки могло увеличиться, что связано с достижениями в области визуализирующей аппаратной диагностики, тем не менее, в литературе до сих пор сообщалось лишь о нескольких случаях, что делает фиксацию и разбор случаев селезеночных кист актуальным.

С практической точки зрения, целесообразно деление кист селезенки на

первичные или истинные (выстланные эпителием) и вторичные или ложные (лишенные эпителиальной выстилки). Среди первичных кист выделяют врожденные, то есть, формирующиеся в эмбриональном периоде вследствие миграции перитонеальных клеток (дисгистогенеза) в ткань селезенки (дермоидные и эпидермоидные кисты) [7-11]. Дифференциальная диагностика истинных и ложных кист, основывающаяся на гистологической оценке эпителиальной выстилки не всегда возможна, в частности при длительном существовании кисты, эта самая клеточная

выстилка может атрофироваться под воздействием давления внутри кисты или при возникновении воспаления в ней. Случивание эпителия может происходить в ходе оперативного вмешательства или при пункции и эвакуации содержимого кисты селезенки [12, 13]. Отдельную группу кист селезенки составляют первичные паразитарные, вызываемые эхинококком и значительно реже – цистицерком и исключительно редко – альвеококком (табл. 1) [14].

Таблица 1. Классификация кист селезенки

Вид кисты селезенки		Вариант морфологической формы
Первичная	непаразитарная	истинная (врожденная); дермоидная; эпидермоидная
	паразитарная	эхинококковая альвеококковая цистицерковая
Вторичная		травматическая (исход гематомы); исход абсцесса (в том числе нагноение гематомы); исход инфаркта (дегенеративная); панкреатогенная (последствия панкреонекроза)

Серологические и молекулярно-генетические исследования позволяют исключить паразитарную и вирусную этиологию кисты (эхинококк/альвеококк, значительно реже – герпетические агенты: ВПГ – 1, 2 типов, ВЭБ, ЦМВ).

Доступная статистика по эпидермоидным кистам селезенки фиксирует их частоту на уровне примерно в 10% от общего числа кист, при этом они чаще диагностируются в детском возрасте и у молодых женщин. Как правило, они протекают бессимптомно, но могут вызывать дискомфорт в животе. Описаны случаи малигнизации больших эпидермоидных кист селезенки [16].

Редкая встречаемость эпидермоидных кист селезенки, базовая диагностика указанной которых, в подавляющем большинстве случаев происходит в педиатрической практике, делает рассматриваемое заболевание в определенной степени трудным в плане принятия тактического решения, когда киста выявляется у пациента в молодом и среднем возрасте.

Цель работы. Представить разбор лечебно-диагностического тактического подхода в отношении эпидермоидной кисты селезенки, что в свою очередь направлено на совершенствование компетенций в целевой врачебной аудитории.

Материалы и методы. Использована

методика case presentation на примере презентации клинического случая из собственной практики, выполнен аналитический разбор гигантской эпидермоидной кисты селезенки у пациентки 32 лет. Исследование включало клинический осмотр, анализ медицинской документации, данных лабораторного и инструментального обследования. От пациента получено письменное информированное согласие на публикацию отчета о клиническом случае и сопровождающих его изображений.

Результаты исследования и их обсуждение. В декабре 2024 г. в хирургическое отделение Волгоградской областной клинической больницы № 3 поступила пациентка О. с жалобами на тупую распирающую боль, дискомфорт и ощущение тяжести в левой половине живота. Усиление указанных жалоб происходило в вертикальном положении, в положении лежа и после приема пищи, также больная отмечала увеличение живота в объеме.

На протяжении месяца, пациентка обследовалась амбулаторно, осматривалась гинекологом, хирургом и онкологом, а также госпитализировалась гинекологическое отделение.

Из анамнеза выяснено, в 2019 г. во время беременности при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (УЗИ ОБП) выявлена киста селезенки размерами 10×9 см, в качестве

тактики было выбрано динамическое наблюдение с ежегодным мониторингом размеров кисты. Беременность протекала без особенностей, роды самостоятельные. На протяжении 5 лет с момента установления кисты селезенки, больная указывала на 3 эпизода выраженных болей в животе, при которых потребовалось введение анальгетиков и принятие позы лежа на спине, после чего боль купировалась. При ежегодном УЗИ контроле размеры кисты были статичны и находились в пределах 10×11 см. В декабре 2024 г. стали нарастать дискомфорт и чувство тяжести в левой половине живота, появилась боль тупого характера, при УЗИ ОБП стала определяться свободная жидкость в брюшной полости,

интерпретируемая как асцит неизвестной этиологии.

В условиях гинекологического отделения была произведена лечебно-диагностическая пункция брюшной полости через задний свод влагалища, эвакуировано 800 мл асцитической жидкости. Эффект от пункции был кратковременный с последующим рецидивом и нарастанием асцита.

До поступления в хирургическое отделение, на амбулаторном этапе лечения и в условиях гинекологического отделения проведено рутинное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, выявленные изменения представлены в таблице 2.

Таблица 2. Предоперационное обследование

Название исследования	Результат	Дата исследования	Комментарии
Общеклинический анализ крови (ОАК)	Эр. – $4,07 \times 10^{12}/л$, Hb — 91 г/л, гематокрит – 27,4%, Тр. – $270 \times 10^9/л$, Лейк. – $7,7 \times 10^9/л$, б-0%, э-1%, п-3%, с-49%, л-45%, м-2%, СОЭ — 10 мм/ч	03.12.2024 г.	Снижение уровня гемоглобина и гематокрита – анемия
ОАК	Эр. – $4,37 \times 10^{12}/л$, Hb — 95 г/л, гематокрит – 30,1%, Тр. – $279 \times 10^9/л$, Лейк. – $8,5 \times 10^9/л$, б-0%, э-2%, п-3%, с-74%, л-16%, м-5%	02.12.2024 г.	Снижение уровня гемоглобина и гематокрита – анемия
С-реактивный белок (СРБ)	2,28 мг/л	03.12.2024 г.	Норма
Цитологическое исследование перитонеальной жидкости	Эр – немного, лейкоц. – 3-8 в п/зр, гистиоцитарные элементы (клетки мезотелия)	04.12.2024 г.	02.12.2024 г. выполнена пункция заднего свода влагалища, эвакуировано 800 мл асцитической жидкости
Ультразвуковое исследование брюшной полости	Селезенка увеличена 14,6×7,0 см, содержит жидкостную аваскулярную структуру 14,2×12,0×11,3 см (объем до 1000 см ³) с мелкодисперсной взвесью. Наличие жидкости в малом тазу до 800 мл	01.12.2024 г.	Выявлена спленомегалия, в паренхиме селезенки имеется киста больших размеров, асцит

03.12.2024 г. выполнена КТ-сканирование брюшной полости, согласно протоколу исследования: селезенка увеличена 16,6×9,7 см, в передне-медиальных отделах в области ворот и нижнего полюса определяется кистозное

образование размером около 11,5×11×14 см, контуры его со стороны паренхимы неровные, нечеткие, в медиальных отделах стенка утолщена до 0,7 см, оттесняет и частично компримирует тело и хвост поджелудочной

железы, тело и свод желудка. Вокруг селезенки под диафрагмой следы жидкости (рис. 1, 2).

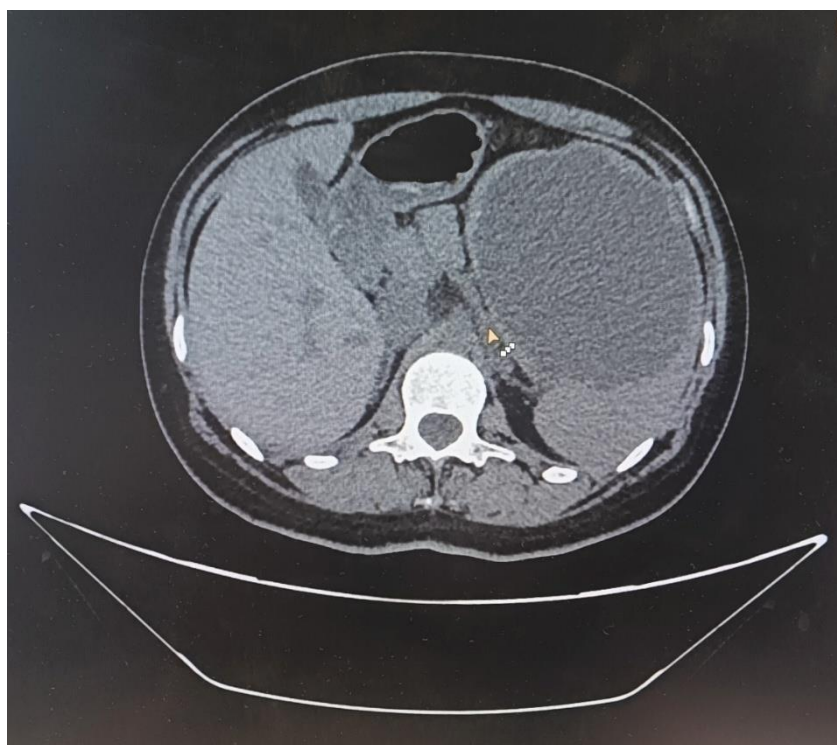


Рис. 1. Нативное изображение КТ-сканирования

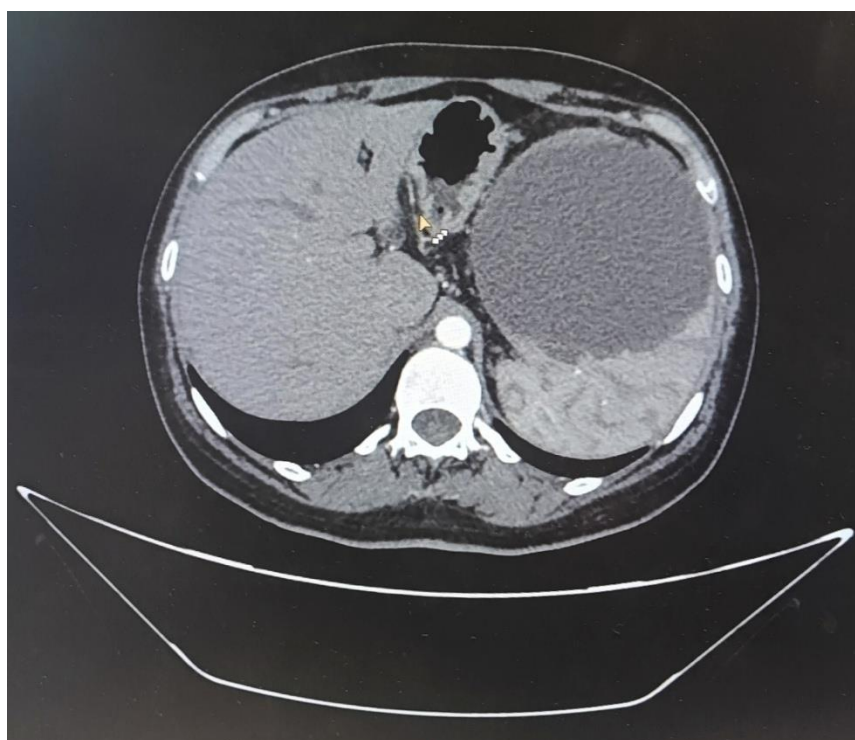


Рис. 2. Постконтрастное изображение КТ-сканирования

По результатам ранее проведенного обследования пациентке выставлен диагноз: Спленомегалия. Киста селезенки. Асцит неясного генеза. Обильные менструации при регулярном цикле. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени.

В хирургическом отделении предоперационно проводилось медикаментозное лечение: Фуросемид 80 мг x 1 р/с, в/в; Дексаметазон 20 мг + Ацесоль 200,0 x 1 р/с, в/в кап.; 5% Глюкоза 400,0 + 50% Новокаин 50,0 x 1 р/с, в/в кап.

По согласованию с гематологами лабораторное и инструментальное было принято решение подвергнуть пациентку к обследованию, результаты представлены в открытой спленэктомии. В предоперационном таблице 3. периоде 17.12.2024г. проведено клинито-

Таблица 3. Дополнения к предоперационному обследованию

Название исследования	Результат	Комментарии
Группа крови и резус фактор	О (I) положительная	-
Маркеры вирусных гепатитов В и С	отрицательно	Норма
СЭМ	отрицательно	
ИФА АГ/АТ HIV	отрицательно	
ОАК	Эр. – $5,16 \times 10^{12}/л$, Нб — 116 г/л, гематокрит – 40%, ЦП — 0,76, Тр. – $304 \times 10^9/л$, Лейк. – $9,0 \times 10^9/л$, б-0%, э-0%, п-3%, с-58%, л-33%, м-6%, СОЭ — 5 мм/ч	Ранее имевшее место снижение уровня гемоглобина и гематокрита, расценены как железодефицитная анемия на фоне менструальной кровопотери
Коагулограмма	протромбиновое время – 14,7 с., протромбиновый индекс — 95%, МНО — 1,05, фибриноген – 3,59 г/л, АЧТВ – 28,9 с.	Без существенных изменений
Печеночные пробы	общий билирубин — 9,9 мкмоль/л, АлАТ — 9,7 Е/л, АсАТ — 16,9 Е/л, ЩФ — 57,4 Е/л	Норма
Мочевина крови	4,9 ммоль/л	
Креатинин крови	79,7 мкмоль/л	
Общий белок крови	72,4 г/л	
Альбумины крови	40,5 г/л	
α -амилаза крови	57,9 Е/л	
С-реактивный белок	0,3 мг/л	
Сахар крови	4,56 ммоль/л	Без существенных изменений
Общий анализ мочи (ОАМ)	интенсив.желт., прозр., кисл., уд.вес — 1029, белок — 0 г/л, сахар — 0 ммоль/л, кетоны — 0 ммоль/л, билирубин — 0 мкмоль/л, уробилиноген — 0 мкмоль/л, лейкоц. - 3-4 в п/зр., эритроц. - 1-3 п/зр., эпителий - 1-2 в п/зр., слизь — знач. к-во в п/зр., бактерии — знач. к-во в п/зр.	
Диастаза мочи	320,4 Е/л	Норма

Продолжение таблицы 3

Электрокардиограмма	Синусовый ритм, ЧСС 70 уд/мин. Горизонтальная ЭОС. Поворот против ЧС относительно продольной оси	
Рентгенография органов грудной клетки	Патологических изменений в легких не выявлено	
Ультразвуковое исследование брюшной полости	Наличие жидкости в малом тазу до 1500-1700 см ³	Отрицательная динамика: нарастание асцита в сравнении с УЗИ ОБП от 01.12.2024 г. и эвакуации жидкости от 02.12.2024 г.
Ультразвуковое исследование брюшной полости	Наличие жидкости в малом тазу до 300-500 мл	Позитивная динамика на фоне консервативной (глюкокортикостероидной и диуретической) терапии: уменьшение выраженности асцита

С целью периоперационной антибиотикопрофилактикой за 30 минут до операции однократно в/в введен Цефазолин 1000 мг + 0,9% Натрия хлорид 20,0. В плановом порядке 19.12.2024 г. под эндотрахеальным наркозом левым трансректальным доступом выполнена лапаротомия, дренирование кисты селезенки (электрическим медицинским отсосом эвакуировано 1000 мл соломенно-желтой прозрачной жидкости, жидкость была взята на бактериологический посев и чувствительность к антибиотикам). Дренирование кисты выполнено с целью уменьшения размера кисты и для улучшения манипуляционных возможностей при работе со структурами в воротах селезенки. За

15 минут перед наложением зажима на сосудистую ножку селезенки с целью профилактики развития постманипуляционного хвостового панкреатита в/в кап. введено Гордокс 1 000 000 КИЕ + 0,9% Натрия хлорид 200,0 и Октреатид 100 мкг + 0,9% Натрия хлорид 15,0 в/в болюсно. Произведена одномоментная спленэктомия, дренирование брюшной полости двумя ПХВ-дренажами, выведенными через контрапертуры. Послеоперационный период протекал без особенностей, улавливающие дренажи удалены через 1 сутки, швы сняты на 7-е сутки, послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

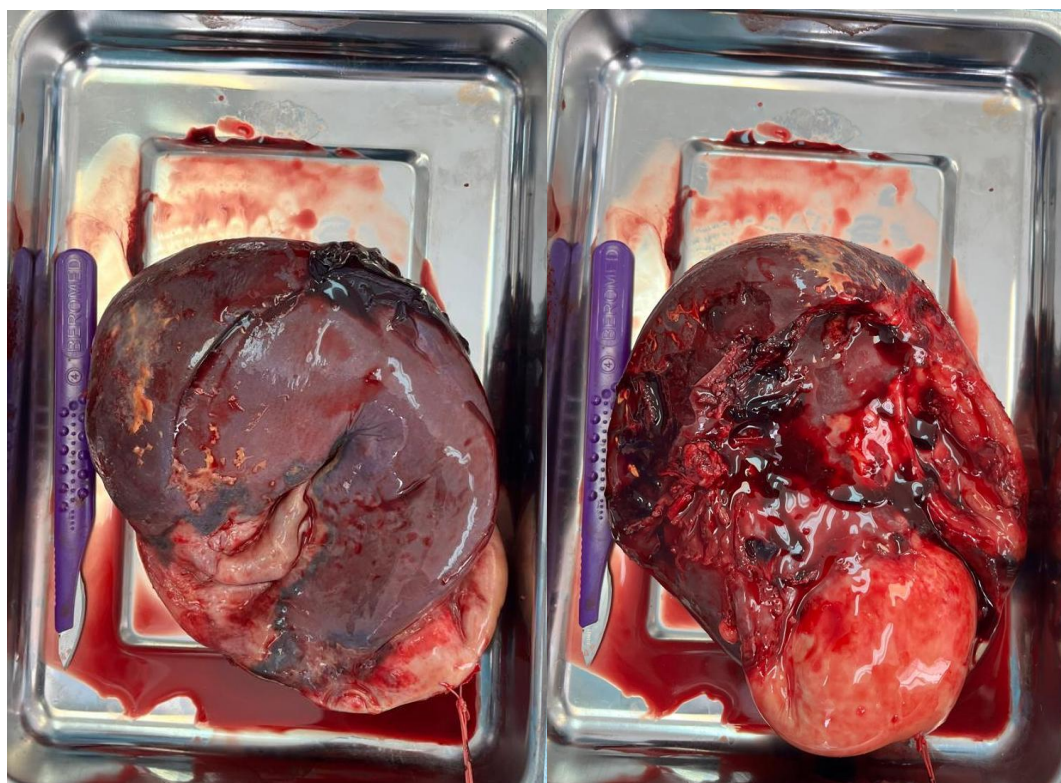


Рис. 3. Внешний вид макропрепарата – селезенка с кистой

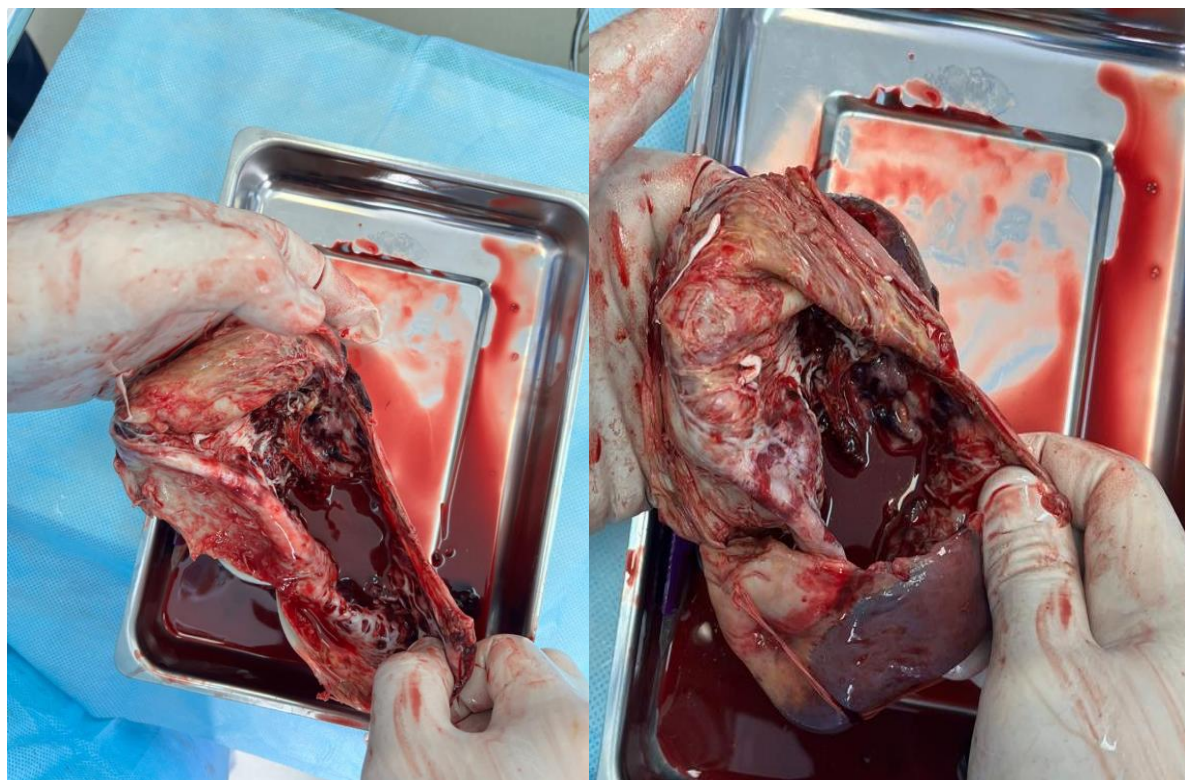


Рис. 4. Макропрепарат – вскрыта киста селезенки

Макропрепарат: удаленная селезенка весила 980 гр., размер 20×11×8 см, на разрезе с кистой, со вскрытым просветом, размер кисты 10,0×9,0×9,0 см, стенка кисты толщиной от 0,1 до 0,5 см, внутренняя поверхность местами гладкая, трабекулярного вида с наложениями бурого цвета, сохраненная селезенка темно-красного цвета (рис. 3, 4).

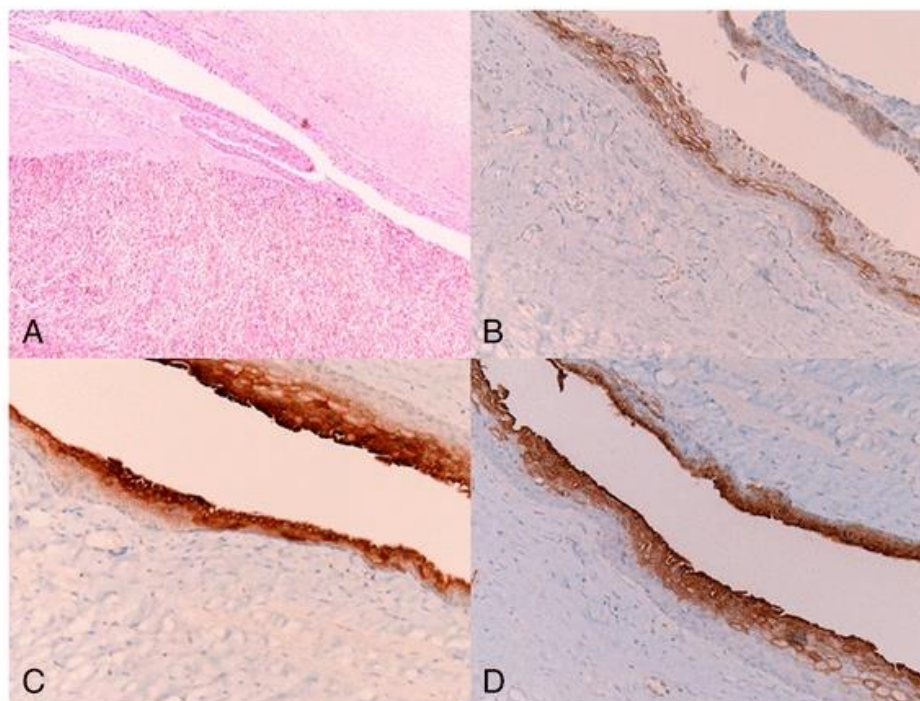


Рис. 5. Микропрепарат, окраска гематоксилином и эозином

- А – эпидермоидная киста с фиброзными стенками и многослойным эпителием в паренхиме селезенки (окраска гематоксилином и эозином, исходное увеличение ×100),
В – эпителий иммунореактивен к антигену эпителиальной мембраны,
С – карциноэмбриональный антиген,
D – CA 19-9 (исходное увеличение ×200).

Микропрепарат: в препаратах ткань селезенки типичного строения со стенкой кисты, представленной плотной волокнистой фиброзной тканью, выстланной плоским неороговевающим эпителием, под плотной фиброзной тканью местами мелкие рассеянные кисты, выстланные преимущественно многослойным плоским эпителием, местами кубическим эпителием. Эпителиальные клетки без ядерной атипии, иммуногистохимически положительны на антиген эпителиальной мембраны, карциноэмбриональный антиген и CA19-9 (рис.

5). Окончательный патологоанатомический диагноз: Эпидермоидная киста селезенки.

В послеоперационном периоде было продолжено медикаментозное лечение в объеме: Дексаметазон 20 мг + Ацесоль 200,0 х 1 р/с, в/в кап.; Омепразол 40 мг + 0,9% Натрия хлорид 100,0 х 2 р/с, в/в кап., затем капс. Омепразол 20 мг х 2 р/с, внутрь; Кетопрофен 2,0 х 2 р/с, в/м.

В послеоперационном периоде проводился мониторинг клинико-лабораторный и инструментальный мониторинг (табл. 4).

Таблица 4. Результаты послеоперационных исследований

Название исследования	Результат	Дата исследования	Комментарии
ОАК	Эр. – $4,17 \times 10^{12}/л$, Hb — 100 г/л, гематокрит – 31%, ЦП — 0,71, Тр. – $920 \times 10^9/л$, Лейк. – $13,9 \times 10^9/л$, б-0%, э-1%, п-2%, с-50%, л-26%, м-21%, СОЭ — 10 мм/ч, анизоцитоз — 1 за счет микроцитоза, гипохромия — 1	27.12.2024 г.	Тромбоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз. Гипохромная анемия 1 степени
ОАК	Эр. – $4,52 \times 10^{12}/л$, Hb — 106 г/л, гематокрит – 33%, ЦП — 0,7, Тр. – $783 \times 10^9/л$, Лейк. – $12,6 \times 10^9/л$, б-0%, э-0%, п-6%, с-61%, л-24%, м-9%, СОЭ — 32 мм/ч	26.12.2024 г.	Тромбоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Гипохромная анемия 1 степени
ОАК	Эр. – $4,6 \times 10^{12}/л$, Hb — 109 г/л, гематокрит – 35%, ЦП — 0,75, Тр. – $631 \times 10^9/л$, Лейк. – $19,8 \times 10^9/л$, б-0%, э-0%, п-5%, с-74%, л-12%, м-8%, СОЭ — 38 мм/ч, анизоцитоз - 3	23.12.2024 г.	Тромбоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз. Гипохромная анемия 1 степени
ОАК	Эр. – $4,64 \times 10^{12}/л$, Hb — 109 г/л, гематокрит – 35%, ЦП — 0,76, Тр. – $382 \times 10^9/л$, Лейк. – $23,7 \times 10^9/л$, б-0%, э-0%, п-13%, с-76%, л-6%, м-5%, СОЭ — 20 мм/ч, анизоцитоз - 3	20.12.2024 г.	Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Гипохромная анемия 1 степени
ОАК	Эр. – $4,83 \times 10^{12}/л$, Hb — 113 г/л, гематокрит – 36%, ЦП — 0,7, Тр. – $357 \times 10^9/л$, Лейк. – $16,5 \times 10^9/л$	19.12.2024 г.	Лейкоцитоз
Коагулограмма	протромбиновое время – 13,5 с., протромбиновый индекс — 104%, МНО — 0,96, фибриноген – 3,66 г/л, АЧТВ – 23,9 с.	23.12.2024 г.	Без существенных изменений
Коагулограмма	протромбиновое время – 16,5 с., протромбиновый индекс — 85%, МНО — 1,18, фибриноген – 2,61 г/л, АЧТВ – 26,3 с.	20.12.2024 г.	
Печеночные пробы	общий билирубин — 14,4 мкмоль/л, АлАТ — 8,8 Е/л, АсАТ — 18,5 Е/л	20.12.2024 г.	Норма
Мочевина крови	7,8 ммоль/л	23.12.2024 г.	
Мочевина крови	7,3 ммоль/л	20.12.2024 г.	

Продолжение таблицы 4

Креатинин крови	79,1 мкмоль/л	23.12.2024 г.	
Креатинин крови	78,1 мкмоль/л	20.12.2024 г.	
Общий белок крови	68,8 г/л	23.12.2024 г.	
Общий белок крови	59,7 г/л	20.12.2024 г.	
Альбумины крови	35,2 г/л	23.12.2024 г.	
Альбумины крови	31,6 г/л	20.12.2024 г.	
α-амилаза крови	81,5 Е/л	23.12.2024 г.	
α-амилаза крови	121,3 Е/л	20.12.2024 г.	
С-реактивный белок	9,6 мг/л	26.12.2024 г.	Незначительное повышение
С-реактивный белок	37,4 мг/л	23.12.2024 г.	Умеренное повышение
С-реактивный белок	90,8 мг/л	20.12.2024 г.	Значительное повышение
Прокальцитонин	1,8 нг/мл	23.12.2024 г.	Незначительное повышение
Прокальцитонин	2,2 нг/мл	20.12.2024 г.	Незначительное повышение
Сахар крови	6,98 ммоль/л	20.12.2024 г.	Незначительное повышение
Гликемический профиль	8.00 — 3,6 ммоль/л, 13.00 — 3,5 ммоль/л, 17.00 — 4,0 ммоль/л, 22.00 — 3,5 ммоль/л	23.12.2024 г.	Без существенных изменений
ОАМ	желт., прозр., кисл., уд.вес — 1012, белок — 0 г/л, сахар — 0 ммоль/л, кетоны — 0 ммоль/л, билирубин — 0 мкмоль/л, уробилиноген — 0 мкмоль/л, лейкоц. - 4-6 в п/зр., эритроц. - 8-10 п/зр., эпит. пл.- 2-4 в п/зр.	23.12.2024 г.	Микрогематурия
ОАМ	желт., сл.мутн., кисл., уд.вес — 1014, белок — 0,4 г/л, сахар — 0 ммоль/л, кетоны — 0 ммоль/л, билирубин — 0 мкмоль/л, уробилиноген — 0 мкмоль/л, лейкоц. - 4-6 в п/зр., эритроц. - 0 п/зр., эпит. пл.- знач. к-во в п/зр.	20.12.2024 г.	Микропротеинурия
Диастаза мочи	265,5 Е/л	23.12.2024 г.	Увеличение активности
Электролиты крови	калий — 4,02 ммоль/л, натрий — 140,6 ммоль/л	23.12.2024 г.	Норма
Электролиты крови	калий — 4,47 ммоль/л, натрий — 141,9 ммоль/л, кальций — 1,96 ммоль/л	20.12.2024 г.	Гипокальциемия

Продолжение таблицы 4

Бактериологическое исследование на микрофлору (аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, а том числе Candida)	посев роста не дал	26.12.2024 г.	Содержимое кисты стерильно
Электрокардиограмма	Синусовая брадикардия, ЧСС 54 уд/мин. Нормальная ЭОС	23.12.2024 г.	Норма
Ультразвуковое исследование брюшной полости	Гематома ложа селезенки организованная, объемом до 50 см ³	24.12.2024 г.	Допустимая УЗ-картина

Пациентка осмотрена 14.01.2025 г., выполнен клинико-лабораторный мониторинг и УЗИ ОБП (табл. 5).

Таблица 5. Результаты контрольного обследования

Название исследования	Результат	Комментарии
ОАК	Эр. – $5,4 \times 10^{12}/л$, Нб – 132 г/л, гематокрит – 43%, ЦП – 0,81, Тр. – $697 \times 10^9/л$, Лейк. – $9,9 \times 10^9/л$, б-0%, э-2%, п-3%, с-53%, л-36%, м-6%, СОЭ – 10 мм/ч	Эритроцитоз и тромбоцитоз, следует рассматривать как постспленэктомическое состояние
Коагулограмма	протромбиновое время – 14,4 с., протромбиновый индекс – 97%, МНО – 1,03, фибриноген – 2,38 г/л, АЧТВ – 30,2 с.	Норма
Печеночные пробы	общий билирубин – 6,8 мкмоль/л, АлАт – 11,7 Е/л, АсАт – 26,0 Е/л, ЩФ – 63,7 Е/л	
α-амилаза крови	63,7 Е/л	
Общий белок	66,0 г/л	
СРБ	0,9 мг/л	
Мочевина	5,3 ммоль/л	
Креатинин	65,3 мкмоль/л	
Диастаза мочи	- 199,6 Е/л	
Сахар крови	4,12 ммоль/л	
ОАМ	желт., сл.мутн., кисл., уд.вес – 1020, белок – 0 г/л, сахар – 0 ммоль/л, кетоны – 0 ммоль/л, билирубин – 0 мкмоль/л, уробилиноген – 0 мкмоль/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эритроц. - 0-1 п/зр., эпителий почечн.- 2-4 в п/зр.	
Ультразвуковое исследование брюшной полости	Состояние после спленэктомии. Регрессия гематомы ложа селезенки. УЗ-признаки локального спаечного процесса в послеоперационной области	Допустимая УЗ-картина

Контрольное обследование пациентки показало нормальные показатели клинико-лабораторных данных за исключение наличия эритроцитоза и тромбоцитоза, что является ожидаемым постспленэктомическим состоянием, данное обстоятельство неминуемо приводит к повышению агрегационной способности крови, что диктует необходимость назначения дезагрегантных препаратов (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел).

Имеющиеся литературные данные свидетельствуют о том, что в подавляющем большинстве случаев в клинической практике при непаразитарных кистах селезенки придерживаются консервативной тактики, по причине желания сохранить селезенку по иммунологическим и гематологическим соображениям [1-9, 11, 14]. Такой подход может быть оправдан при небольших размерах кисты (до 5 см) и локализации ее вне ворот органа. Традиционно при симптоматических кистах размером более 5 см рекомендуется хирургическое лечение. При средних размерах кисты (до 10 см) могут предприниматься попытки применения неоперативных процедур (пункция) или малоинвазивных оперативных техник (дренирование, лапароскопическая декапсуляция кисты), однако, при таком лечении возможно рецидивирование кисты селезенки. Стоит отметить, что органосохраняющие операции при больших кистах селезенки, равно как и пункционные методики являются малоэффективными и не профилируют малигнизацию. Большой размер кисты (более 10 см), анатомическое ее расположение в воротах органа, а также явления компрессионного синдрома рядом располагающихся органов (с явлениями асцита или без таковых), является показанием к выполнению спленэктомии.

По нашему мнению более безопасно осуществлять спленэктомию лапаротомным доступом. Выбор открытой тотальной спленэктомии мы объясняем достаточно частым наличием явлений гиперспленизма, возможностью мануального контроля сосудистой ножки, менее травматичным извлечением удаляемого органа целиком, при этом косметический эффект возможно достичь выполнением левосторонней продольной трансректальной лапаротомии с наложением внутрикожного шва.

Выводы. Кисты селезенки — это редкие заболевания, которые диагностируются случайно во время визуализирующих исследований. Это связано с отсутствием типичных клинических проявлений, поскольку они часто протекают

бессимптомно. В качестве первичного обзорного исследования можно рекомендовать УЗИ, при необходимости визуальной детализации кисты селезенки следует рассматривать КТ- и/или МРТ-сканирования.

Дифференциальная диагностика кисты селезенки включает паразитарную эхинококковую болезнь, врожденную кисту, посттравматические псевдокисты, инфаркт, абсцесс селезенки, метастатическое заболевание. Крайне важным является исключение эхинококковой природы кисты (диагноз подтверждается с помощью гемагглютинации и связывания комплимента), поскольку попадание содержимого такой кисты в брюшную полость (например, при чрескожной аспирации кисты) с высокой вероятностью приведет к развитию анафилактической реакции.

Эпидермоидные кисты больших размеров могут являться причиной асцита, формирование которого вероятно связано с компрессией венозных сосудов, в частности нижней полой вены. При эпидермоидных кистах, расположенных в селезенке, хирургическое вмешательство включает в себя резекционные методики и тотальную спленэктомию. Лечение рекомендуется, если киста вызывает симптомы или есть подозрение на злокачественную опухоль, а также для предотвращения серьезных осложнений, таких как разрыв, кровотечение и инфицирование кисты. При выполнении спленэктомии стоит помнить о вероятности развития, так называемого постманипуляционного хвостового панкреатита. Следует предпринимать активные меры по его профилактике и минимизации, которые заключаются в интраоперационной аккуратной и бережной работе с тканями, назначение синтетического аналога соматостатина и ингибиторов протеолитических ферментов. Решение о необходимости продолжения введения указанных препаратов в раннем послеоперационном периоде принимается на основании лабораторных показателей α -амилазы крови и диастазы мочи.

По данным литературы и на примере рассмотренного кейса можно сделать вывод о том, что хирургическое лечение эпидермоидной кисты селезенки имеет благоприятный исход. Закономерно развивающийся постспленэктомический синдром требует осуществления динамического мониторинга гемограммы, диспансерного наблюдения гематологом в течение как минимум 6 месяцев после операции, а также приема дезагрегантов на такой же период.

Литература.

1. Cianci, P., Tartaglia, N., Altamura, A. *et al.* A recurrent epidermoid cyst of the spleen: report of a case and literature review. *World J Surg Onc* 14, 98 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12957-016-0857-x>
2. Степанова Ю.А., Алимурзаева М.З., Ионкин Д.А. Ультразвуковая дифференциальная диагностика кист и кистозных опухолей селезенки. *Медицинская визуализация*. 2020;24(3):63-75. <https://doi.org/10.24835/1607-0763-2020-3-63-75>
3. Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification, and treatment. *J Am Coll Surg*. 2002;194(3):306–14. [http://dx.doi.org/10.1016/s1072-7515\(01\)01178-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1072-7515(01)01178-4).
4. Chen YY, Shyr YM, Wang SE. Epidermoid cyst of the spleen. *J Gastrointest Surg*. 2013; 555-61. doi:[10.1007/s11605-012-2088-y](https://doi.org/10.1007/s11605-012-2088-y).
5. Matsumoto S, Mori T, Miyoshi J, Imoto Y, Shinomiya H, Wada S, Nakao T, Shinohara H, Yoshida S, Izumi K, Okazaki J, Muguruma N, Takayama T. Huge splenic epidermoid cyst with elevation of serum CA19-9 level. *J Med Invest*. 2015;62(1-2):89–92. doi:[10.2152/jmi.62.89](https://doi.org/10.2152/jmi.62.89).
6. Qureshi MA, Hafner CD. Clinical manifestation of splenic cysts: study of 75 cases. *Am Surg*. 1965;31:605–8.
7. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Hand assisted laparoscopic surgery of splenic cysts. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2003;13(5):339–40. <http://dx.doi.org/10.1089/109264203769681763>.
8. Macheras A, Misiakos EP, Liakakos T, Mpistarakis D, Fotiadis C, Karatzas G. Non-parasitic splenic cysts: a rare report of three cases. *World J Gastroenterol*. 2005;11(43):6884–7.
9. Rana AP, Kaur M, Singh P, Malhotra S, Kuka AS. Splenic epidermoid cyst—a rare entity. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(2):175–6. doi:[10.7860/JCDR/2014/6901.4050](https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/6901.4050).
10. Ingle SB, Hinge Ingle CR, Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: a minireview. *World J Gastroenterol*. 2014;20(38):13899–903. doi:[10.3748/wjg.v20.i38.13899](https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i38.13899).
11. Avital S, Kashtan H. A large epithelial splenic cyst. *N Engl J Med*. 2003;349(22):2173–4. <http://dx.doi.org/10.1056/nejm200311273492222>
12. Kalinova K. Giant pseudocyst of the spleen: a case report and review of the literature. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2005;10(3):176–8. doi:[10.4103/0971-9261.16971](https://doi.org/10.4103/0971-9261.16971).
13. Dan D, Bascombe N, Harnanan D, Hariharan S, Naraynsingh V. Laparoscopic management of a massive splenic cyst. *Asian J Surg*. 2010;33(2):103–6. doi:[10.1016/S1015-9584\(10\)60018-8](https://doi.org/10.1016/S1015-9584(10)60018-8).
14. Maskey P, Rupakheti S, Regmi R, Adhikary S, Agrawal CC. Splenic epidermoid cysts. *Kathmandu Univ Med J*. 2007;5(2):250–2.
15. Horn AJ, Lele SM. Epidermoid cyst occurring within an intrapancreatic accessory spleen. A case report and review of literature. *JOP*. 2011;12(3):279–82.
16. Ingle SB, Hinge CR, Jatal SN. An interesting case of primary epithelial cyst of spleen. *Indian J Pathol Microbiol*. 2013;56(2):181–2. doi:[10.4103/0377-4929.118700](https://doi.org/10.4103/0377-4929.118700).