

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.441–089.12:615.837

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДВУХПОТОКОВОГО НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПО ПОВОДУ ЕЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ АНГИОМАТОИДНОЙ НОДУЛЯРНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Ю. З. Лифшиц, В. Л. Валецкий, П. А. Зайченко, А. Г. Григорук, А. Н. Омельченко, П. С. Михальчевский, Р. Р. Процюк

Клиника "Борис", г. Киев

APPLICATION OF A TWO—STREAM LOW—FREQUENCY ULTRASOUND IN SPLENIC RESECTION FOR ITS SCLEROSING ANGIOMATOID NODULAR TRANSFORMATION

Yu. Z. Lifshits, V. L. Valetskiy, P. A. Zaychenko, A. G. Grigoruk, A. N. Omelchenko, P. S. Mikhalchevskiy, R. R. Protsyuk

"Boris" Clinic, Kiev

Резекция селезенки по поводу ее неопухолевого очагового поражения является радикальным методом лечения больных, позволяющим сохранить часть функционально активной ткани [1]. Однако селезенка является неудобным органом для выполнения хирургического вмешательства. Ее ткань состоит из заполненных кровью синусов и рыхло соединенных клеток. Вследствие этого ткань селезенки легко кровоточит, наложение швов затруднено, что часто является причиной возникновения после операции кровотечения в местах их наложения. Поэтому большинство хирургов выбирают спленэктомию вместо органосохраняющей операции. Однако после удаления селезенки в отдаленные сроки увеличивается частота бронхолегочных заболеваний и смертность от них [2].

Ранее мы обобщили результаты хирургического лечения 5 больных, у которых выполнили резекцию селезенки с применением ультразвукового деструктора—аспиратора, аргоно—плазменной коагуляции, гемостатических средств [1]. Представляем результаты успешного хирургического лечения больного по поводу редкой очаговой патологии — склерозирующей ангиоматоидной нодулярной трансформации селезенки. Заболевание впервые описано в 2004 г, его этиология неизвестна. Предполагают, что это реактивное неопухоловое заболевание, представляющее гамартому селезенки с необычным вторичным фиброзом и воспалением [3]. Приводим наблюдение.

Пациент Б., 41 года, госпитализирован 12.04.16 с жалобами на дискомфорт в поясничной области слева, умеренную слабость. Новообразование в селезенке обнаружено во время планового осмотра по данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП). Диагностический алгоритм включал топическую диагностику новообразования селезенки, определение

объема поражения органа, оценку состояния больного, лабораторные исследования. Дополнительно проводили спиральную компьютерную (СКТ) и магниторезонансную (МРТ) томографию ОБП и грудной полости, эзофагогастроэнтерофиброскопию.

По данным СКТ ОБП с внутривенным усилением, селезенка расположена обычно, незначительно увеличена — 131 × 128 × 57 мм, плотность 53 НУ, с четкими гладкими контурами. В заднемедиальных отделах в паренхиме селезенки, определяется объемное образование неправильной округлой формы, размерами 56 × 52 × 47 мм, гиподенсивное (плотность 28 — 40 НУ), слабо накапливает контрастное вещество по периферии в артериальную и портальную фазы. В отсроченную фазу образование становится изоденсивным паренхиме селезенки. Заключение: КТ признаки новообразования селезенки, вероятно, гемангиома (рис. 1).

Результаты МРТ ОБП с контрастированием: селезенка несколько увеличена. В ней определяется округлое неоднородное объемное образование диаметром до 56,5 мм. Образование преимущественно повышенного МР сигнала на T2 взвешенном изображении (ВИ) и пониженного МР сигнала — на T1 ВИ. При контрастировании отмечено накопление контрастного вещества в строме образования. Заключение: МР признаки опухоли селезенки, нельзя исключить лимфому (рис. 2).

Проведена консультация гематолога, стерильная пункция с иммунофенотипированием клеток костного мозга. Данных о системном заболевании нет. Определяли содержание онкомаркеров в крови: АФП 5,0 кЕд/л (в норме менее 5,8 кЕд/л), РЭА 1,3 мкг/л (в норме меньше 3,8 мкг/л), СА19—9 47,0 кЕд/л (в норме меньше 33 кЕд/л). По данным лабораторных исследований отмечена тенденция к гипокоагуляции крови: АЧТВ 34,7 с, протромбин МНО 1,21, протромбин по Квику 67,2%, протромбиновое

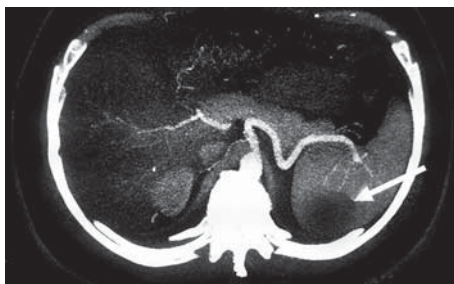


Рис. 1.
КТ до операции

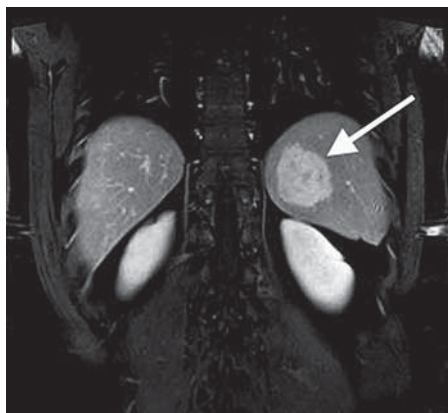


Рис. 2.
МРТ до операции

время 13,3 с, фибриноген 2,48 г/л, тромбоциты 153×10^9 в 1 л, гемоглобин 139 г/л, гематокрит 0,37, эритроциты $4,55 \times 10^{12}$ в 1 л.

Клинический диагноз: очаговое новообразование селезенки. Принято решение о целесообразности выполнения органосохраняющей операции — резекции селезенки с удалением патологического образования.

Операция произведена в условиях эндотрахеального наркоза. На этапе резекции применяли управляемую артериальную гипотензию. Интраоперационная кровопотеря не превышала 200 мл. Тактика выполнения операции и обезболивания пациента обеспечила стабильность показателей гемодинамики и данных лабораторных исследований в периоперационном периоде без заместительной гемотрансфузии.

Произведена срединная лапаротомия ключкоподобным разрезом в левой подреберной области. Наложен

турникет на ворота селезенки в целях уменьшения органного кровотока при необходимости. Интраоперационно осуществлена топографическая визуализация патологического образования под контролем УЗИ.

Органый кровоток по линии пересечения селезенки прекращен с помощью высокочастотной абляции (ВЧА) "Habib". Резекция селезенки выполнена с использованием технологии разделения тканей с помощью двухпоточного низкочастотного ультразвука (ДНЧУ) "Arobella Medical LLC" (США). Принцип применения этой технологии описан нами ранее [4].

Технически резекцию селезенки осуществляли путем циркулярного прерывания органного кровотока с помощью ВЧА, патологическое образование удаляли по типу резекции органа с помощью ДНЧУ.

Во время операции лигировали и клипировали сосуды. После отсечения пораженной части селезенки (до 30% паренхимы) и снятия турникета осуществляли окончательный гемостаз раневой поверхности с помощью аргоно—плазменной коагуляции.

Течение послеоперационного периода без осложнений. По данным УЗИ ОБП на 2—е сутки свободная жидкость в брюшной полости не обнаружена. Дренажи удалены на 2—е сутки, пациент выписан на 7—е сутки. Анализ крови: тромбоциты 221×10^9 в 1 л, гемоглобин 123 г/л, гематокрит 0,34, эритроциты $4,15 \times 10^{12}$ в 1 л, АЧТВ 32,4 с.

Исследование удаленного препарата: на разрезе макроскопический вид новообразования не соответствовал клиническому диагнозу гемангиомы. Гистологический диагноз верифицирован в соответствии с pathology outlines.com: склерозирующая ангиоматоидная нодулярная трансформация селезенки [5]. Изучение срезов после соответствующей обработки подтвердило диагноз.

Пациент осмотрен через 1 мес. Состояние хорошее, лабораторные показатели без патологических изменений. По данным МСКТ ОБП с внутривенным контрастированием патологические образования не выявлены.

Таким образом, в приведенном клиническом наблюдении продемонстрирована техническая возможность резецировать селезенку при ее очаговом поражении путем комбинированного применения ВЧА и ДНЧУ с минимальной кровопотерей. Склерозирующая ангиоматоидная нодулярная трансформация является редким неопухольным заболеванием селезенки, резекцию органа считаем методом выбора, что подтверждено результатами других исследователей [6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Резекция селезенки по поводу кисты органа / Ю. З. Лифшиц, В. Л. Валецкий, П. А. Зайченко [и др.] // Кліні. хірургія. — 2008. — № 6. — С. 24 — 26.
2. Long-term risks after splenectomy among 8,149 cancer-free American veterans: a cohort study with up to 27 years follow-up / S. Y. Kristinsson, G. Gridley, R. N. Hoover [et al.] // Haematologica. — 2014. — N 2. — P. 392 — 398.
3. Sclerosis angiomatoid nodular transformation (SANT): report of 25 cases of a distinctive splenic lesion / M. Martel, W. Cheuk, L. Lombardi [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. — 2004. — Vol. 28, N 10. — P. 1268 — 1279.
4. Первый опыт применения технологии двухпоточного низкочастотного ультразвука в абдоминальной хирургии / Ю. З. Лифшиц, Е. Бабаев, М. Афремов [и др.] // Кліні. хірургія. — 2015. — № 9. — С. 29 — 32.
5. Pradhan D. Sclerosis angiomatoid nodular transformation of the spleen / D. Pradhan, S. K. Mohanty // Arch. Pathol. Lab. Med. — 2013. — Vol. 137. — P. 1309 — 1312.
6. Sclerosis angiomatoid nodular transformation of the spleen treated by laparoscopic partial splenectomy / A. Budzinski, S. Demczuk, B. Kumlega [et al.] // Videosurg. Other Miniinvas. Tech. — 2011. — Vol. 6, N 4. — P. 249 — 255.