

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.411-007.41-053.2

ПЕРЕКРУТ ТРЕХ БЛУЖДАЮЩИХ ДОБАВОЧНЫХ СЕЛЕЗЕНОК У РЕБЕНКА*Р.З. Тандилава*^{1,2}, Т.И. Бахтадзе¹, Л.Т. Коридзе¹, З.Р. Тандилава^{1,2}*¹Республиканский центр охраны здоровья матери и ребенка, 6010, Батуми, Грузия;²Государственный университет Шота Руставели, 6010, Батуми, Грузия

Представлено клиническое наблюдение: девочка 14 лет оперирована по поводу острого живота, причиной которого оказался перекрут трех блуждающих добавочных селезенки на одной ножке. При дополнительном обследовании с помощью компьютерной томографии диагностированы, кроме удаленных во время операции перекрученных трех селезенки на одной ножке, еще три добавочные селезенки. Рассмотренное наблюдение интересно достаточной редкостью патологии. Отмечена особенность заболевания в конкретном случае.

Ключевые слова: блуждающая добавочная селезенка; перекрут селезенки; острый живот; спленэктомия.

Для цитирования: Анналы хирургии. 2014; 5: 44–47.

TORSION OF THREE WANDERING ACCESSORY SPLEENS IN CHILDHOOD*R.Z. Tandilava^{1,2}, T.I. Bakhtadze¹, L.T. Koridze¹, Z.R. Tandilava^{1,2}*¹Republican Center of Mother and Child Health Defense, 6010, Batumi, Georgia;²Shota Rustaveli State University, 6010, Batumi, Georgia

The authors describe a 14-year-old girl's clinical case of surgical treatment, who was diagnosed with acute abdominal pain. The reason appeared to be the three wandering accessory spleens' torsion on one tendon. On the bases of additional examination using computed tomography the following was diagnosed: except the removed three wandering accessory spleens, there were three accessory spleens. The discussed clinical case is interesting for its rarity. The peculiarity of the disease was marked in a specific case.

Key words: wandering accessory spleen; splenic torsion; acute abdomen; splenectomy.

Citation: Annaly khirurgii. 2014; 5: 44–47 (In Russ.)

Введение

Селезенка – самый крупный лимфоидный непарный паренхиматозный орган иммунной системы. Имеет форму уплощенной и удлиненной полусферы, расположен в левой верхней части брюшной полости, позади желудка. У 25–35% людей наблюдаются добавочные селезенки. Причина их возникновения кроется в эмбриональном периоде развития. Клинически они обычно не проявляются. Диагностируются случайно при ультразвуковом исследовании, компьютерной томографии, интраоперационно или при патолого-анатомическом вскрытии [1–4].

К числу редких патологических состояний относится блуждающая селезенка (патологически

подвижная, мигрирующая селезенка, спленоптоз). Крайняя подвижность органа и его смещение в брюшной полости обусловлены врожденной недостаточностью фиксирующего связочного аппарата. Клинические проявления патологически подвижной селезенки зависят от степени нарушения органной гемодинамики, компрессии соседних органов.

Однако патология длительное время может протекать практически бессимптомно и оставаться недиагностированной. В редких случаях врожденная недостаточность и удлинение связочного аппарата могут приводить к острому перекруту сосудистой ножки блуждающей селезенки, что требует экстренного хирургического вмешательства.

*Тандилава Рене Зурабович, канд. мед. наук, ассоц. профессор департамента. E-mail: dr.rene-geo@mail.ru
Грузия, 6010, г. Батуми, Аэропортовское ш., 64.

В этих случаях у детей неожиданно появляется клиника острого живота: боли в животе, тошнота, рвота и симптомы раздражения брюшины [5–9]. В литературе приводятся единичные наблюдения заворота селезенки в детском возрасте, требующего экстренного оперативного вмешательства.

Девочка 14 лет поступила в стационар с жалобами на боли в животе, многократную рвоту, субфебрильную лихорадку. Давность заболевания – около 48 часов. При пальпации живот болезненный в нижней половине, особенно в правой подвздошной области и над лоном, где определялось твердое болезненное образование, отмечалось напряжение мышц передней брюшной стенки, слабopоложительные симптомы раздражения брюшины. В анализе крови гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,2 \times 10^9$ /л, гематокрит – 42%, лейкоцитарная формула в пределах нормы; тромбоциты – 195 000, СОЭ – 10 мм/ч.

При проведении УЗИ органов малого таза справа визуализировалось образование, напоминающее tuboовариальное, размерами 7,76×5,21×5,28 см.

Больная оперирована совместно с гинекологом. Интраоперационно в малом тазу справа обнаружено указанных размеров образование синюшного цвета, имбибированное кровью, не связанное с органами малого таза, на длинной перекрученной ножке, с дополнительными двумя меньших размеров добавочными образованиями. В малом тазу – умеренное количество серозно-геморрагического выпота. При дальнейшей ревизии брюшной полости в левой верхней части позади желудка обнаружена селезенка размерами 5,0×2,5×8,0 см, также выявлены три дополнительные селезенки: одна, меньших размеров – в области ворот, и две небольших размеров – краниальнее и каудальнее предположительно основного органа. Все остальные органы брюшной полости без видимой патологии, имеют типичное расположение. Диагностирован перекрут трех блуждающих добавочных селезенек на одной ножке (рис. 1). Произведена спленэкто-

мия, удалены все три перекрученные мигрирующие добавочные селезенки. Гистопатологическое исследование подтвердило в удаленных образованиях ткань селезенки с массивными кровоизлияниями в красную пульпу.

Девочка обследована дополнительно. При компьютерной томографии брюшной полости в области ворот основной селезенки (размерами 4,8×2,6×8,0 см) визуализировалось образование размерами 2,6×1,4×2,2 см, имеющее структуру селезенки (добавочная селезенка), медиальнее – меньших размеров округлое образование в диаметре до 1,4 см, имеющее аналогичную структуру, – вторая добавочная селезенка. Латеральнее селезенки обнаружена третья добавочная селезенка в диаметре до 1,0 см (рис. 2).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Девочка выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. В течение года после операции жалоб не предъявляет, ведет активный подростковый образ жизни.

Обсуждение

В представленном случае имела место достаточно редкая врожденная патология – три дополнительные блуждающие селезенки из обнаруженных шести дополнительных. Причиной патологической подвижности органов предположительно являлся врожденный дефект фиксирующего связочного аппарата и длинная сосудистая ножка. Перекрут селезенек надо считать осложнением, которое развилось в результате заворота анатомических структур патологически подвижных органов.

С практической точки зрения диагностика мигрирующей селезенки довольно проста. В сущности, достаточно информативным является УЗИ брюшной полости в горизонтальном, вертикальном положении больного и на правом боку, поскольку мобильность селезенки является одним из первых проявлений этой патологии. УЗИ можно

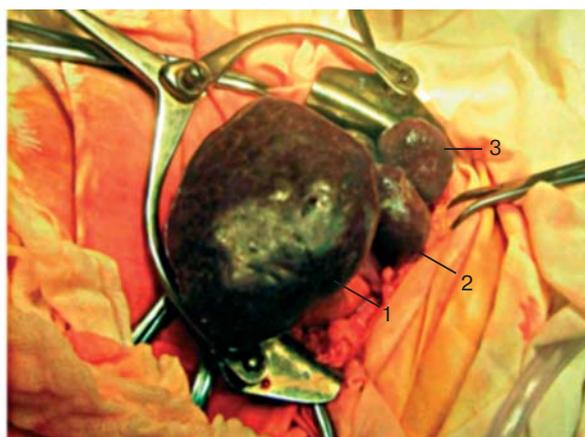


Рис. 1. Этапы операции, интраоперационные фото: блуждающая больших размеров селезенка (1) с двумя меньших размеров добавочными селезенками (2, 3) на одной перекрученной ножке

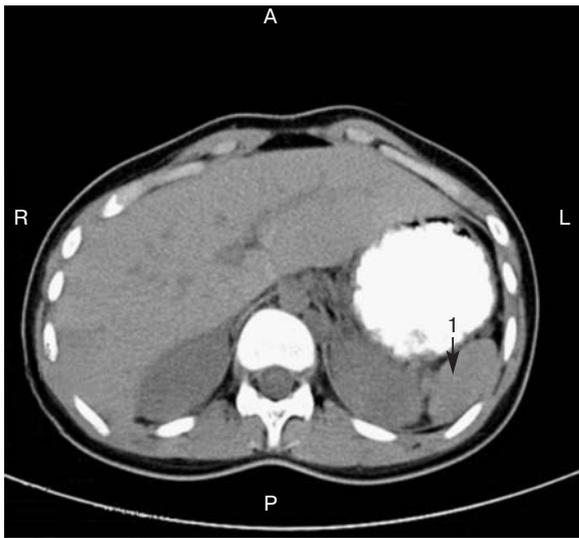
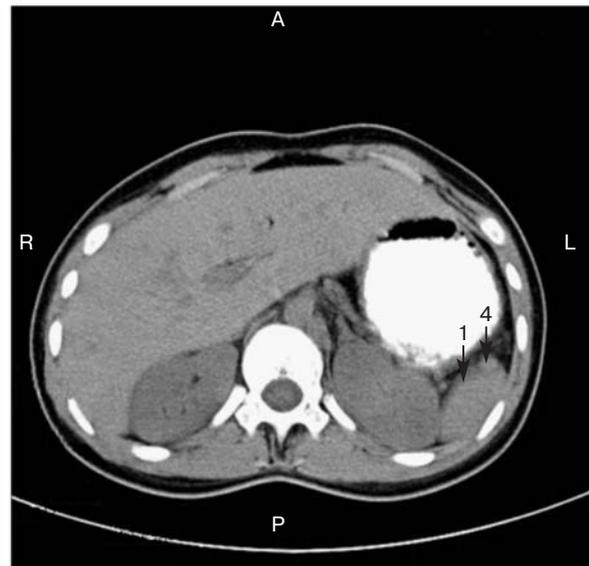
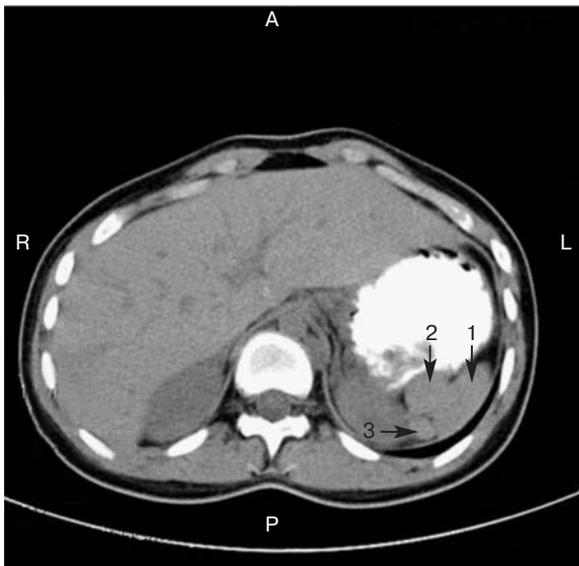


Рис. 2. Контрастная КТ органов брюшной полости, аксиальные срезы. Визуализируются: основная селезенка (1), в области ворот – добавочная селезенка (2), медиальнее – селезенка в диаметре до 1,4 см (3), третья добавочная селезенка в диаметре до 1,0 см (4)



расценить как наиболее перспективный скрининговый метод патологии, который следует включить в плановое обследование при диспансеризации детей, в особенности у пациентов с периодически возникающими болями в левом подреберье или эпигастрии, подвздошной и других областях брюшной полости, симптомами нарушения проходимости кишечника с характерной клиникой высокой частичной кишечной непроходимости или в виде хронических запоров. Все это позволит решать вопросы диагностики и лечения патологически подвижной селезенки уже в раннем детском возрасте, не прибегая к сложным и экстренным хирургическим вмешательствам.

Однако у нашей пациентки в анамнезе в течение 14 лет выраженные клинические признаки данной патологии отсутствовали и заболевание оставалось своевременно не диагностированным. Оно проявилось перекрутом блуждающих органов, не имея специфической клинической картины, протекало с симптоматикой острого повреждения

органов брюшной полости, было диагностировано случайно, во время оперативного вмешательства.

Объем хирургического вмешательства при перекруте патологически подвижной селезенки остается дискуссионным. Оптимальным оперативным вмешательством при перекруте блуждающего органа является спленопексия, но она выполняется только в том случае, если у пациента создается дефицит селезеночной ткани, а после деторсии перекрученного органа сосудистые расстройства в органе не выражены [8, 9]. Во всех остальных случаях показана спленэктомия. В нашем случае, после ревизии брюшной полости, когда мы удостоверились в наличии основной селезенки в типичном месте, визуально оценили перекрученные на ножке добавочные селезенки, было принято единственно правильное и оправданное с точки зрения хирургической тактики решение о выполнении спленэктомии.

Итак, рассмотренный клинический случай интересен тем, что у ребенка имеет место такая доста-

точно редкая патология, как три дополнительные патологически подвижные селезенки из обнаруженных шести дополнительных. Также диагностирован редчайший случай перекрута на одной ножке трех дополнительных мигрирующих селезенки, протекающий с клиникой острого живота. Особенностью же заболевания в конкретном случае является отсутствие в анамнезе выраженных клинических признаков данной патологии.

Литература

1. Белик О.В., Катеренюк И.М., Спиной Л.В., Наку В.Е. О добавочной селезенке. *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*. 2010; 9 (4): 31–5.
2. Spector J.M., Chappell J. Gastric volvulus associated with wandering spleen in a child. *J. Pediatr. Surg.* 2000; 35: 641–2.
3. Steinberg R., Karmazyn B., Dlugy E., Gelber E., Freud E., Horev G. et al. Clinical presentation of wandering spleen. *J. Pediatr. Surg.* 2002; 37: E30.
4. Turhan A., Kapan S., Gonenc M., Dogan M., Aygun E. Wandering spleen: Report of two cases. *Intern. Med. Case Reports J.* 2010; 3: 19–22.
5. Ben Ely A., Zissin R., Copel L., Vasserma M., Hertz M., Gottlieb P. et al. The wandering spleen: CT findings and possible pitfalls in diagnosis. *Clin. Radiol.* 2006; 61: 954–8.
6. Carapinha Ch.P., Loveland J.A. Torsion of a wandering spleen. *SA Journal of Child Health.* 2010; 4: 54–5.

7. Chawla S., Boal D.K., Dillon P.W., Grenko R.T. Splenic torsion. *Radiographics.* 2003; 23: 305–8.
8. El Bouhaddouti H., Lamrani J., Louchi A., El Yousfi M., Aqodad N., Adilbrahimi A. et al. Torsion of a wandering spleen. *Saudi J. Gastroenterol.* 2010; 16: 288–91.
9. Ityel H., Granot Y., Vaknine H., Judich A., Shimonov M. Splenic torsion of a wandering spleen. *Isr. Med. Assoc. J.* 2011; 13: 119–20.

References

1. Belik O.V., Katerenyuk I.M., Spiney L.V., Naku V.E. About accessory spleen. *Klinichna anatomiya ta operativna khirurgiya.* 2010; 9 (4): 31–5 (in Ukrainian).
2. Spector J.M., Chappell J. Gastric volvulus associated with wandering spleen in a child. *J. Pediatr. Surg.* 2000; 35: 641–2.
3. Steinberg R., Karmazyn B., Dlugy E., Gelber E., Freud E., Horev G. et al. Clinical presentation of wandering spleen. *J. Pediatr. Surg.* 2002; 37: E30.
4. Turhan A., Kapan S., Gonenc M., Dogan M., Aygun E. Wandering spleen: Report of two cases. *Intern. Med. Case Reports J.* 2010; 3: 19–22.
5. Ben Ely A., Zissin R., Copel L., Vasserma M., Hertz M., Gottlieb P. et al. The wandering spleen: CT findings and possible pitfalls in diagnosis. *Clin. Radiol.* 2006; 61: 954–8.
6. Carapinha Ch.P., Loveland J.A. Torsion of a wandering spleen. *SA Journal of Child Health.* 2010; 4: 54–5.
7. Chawla S., Boal D.K., Dillon P.W., Grenko R.T. Splenic torsion. *Radiographics.* 2003; 23: 305–8.
8. El Bouhaddouti H., Lamrani J., Louchi A., El Yousfi M., Aqodad N., Adilbrahimi A. et al. Torsion of a wandering spleen. *Saudi J. Gastroenterol.* 2010; 16: 288–91.
9. Ityel H., Granot Y., Vaknine H., Judich A., Shimonov M. Splenic torsion of a wandering spleen. *Isr. Med. Assoc. J.* 2011; 13: 119–20.

Поступила 19.09.2014

ИСТОРИЯ ХИРУРГИИ

© Л.А. БОКЕРИЯ, Б.Г. АЛЕКЯН, 2014

УДК 616.1-089:92Петросян

ОТ ИСТОКОВ ДО НАШИХ ДНЕЙ: К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА Ю.С. ПЕТРОСЯНА

Л.А. Бокерия*, Б.Г. Алекян

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия), 121552, Москва, Российская Федерация

Для цитирования: *Анналы хирургии*. 2014; 5: 47–51

FROM THE ORIGINS TO OUR DAYS: TO THE 90TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH OF PROFESSOR Yu.S. PETROSYAN

L.A. Bockeria, B.G. Alekyan

A.N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, 121552, Moscow, Russian Federation

Citation: *Annaly khirurgii*. 2014; 5: 47–51. (In Russ.)

* Бокерия Лео Антонович, доктор мед. наук, профессор, академик РАН и РАМН. E-mail: leoan@bakulev.ru
121552, Москва, Рублевское шоссе, 135.