

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.411-007.59-089

Афуков И.В., Коваленко А.А., Арестова С.В., Котлубаев Р.С., Мельцин И.И.

**ЗАВОРОТ СЕЛЕЗЕНКИ У РЕБЕНКА**

ГБОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия" Минздрава России, 460000, Оренбург, Россия

Для корреспонденции: Мельцин Игорь Игоревич, k\_childsurg@orgma.ru

For correspondence: Mel'cin Igor, k\_childsurg@orgma.ru

*Приводится клинический случай успешного лечения заворота "блуждающей" селезенки у ребенка 12 лет. Особенностью этого случая можно считать сопутствующее ожирение III степени (рост 158 см, масса тела 90 кг). Послеоперационный период без особенностей. При осмотре через 1 год состояние удовлетворительное, жалоб нет.*

Ключевые слова: дети; селезенка; заворот.

*Для цитирования:* Детская хирургия. 2015; 19(1): 54—55.

Afukov I.V., Kovalenko A.A., Arestova S.V., Kotlubaev R.S., Mel'tsin I.I.

**SPLEEN TORSION IN A CHILD**

Orenburg State Medical Academy, Russian Ministry of Health

*A case of successful treatment of "migrating" spleen in a 12 year-old child is reported. The case was complicated by grade III obesity (height 158 cm, body mass 90 kg). The postoperative period was uneventful. The patient's conditions remained satisfactory within a 1 year follow up in the absence of complaints.*

Key words: children, spleen, torsion.

*Citation:* Detskaya khirurgiya. 2015; 19(1): 54—55.

Патологически подвижная, или "блуждающая", селезенка — это редкая патология, вызванная врожденной недостаточностью связочного аппарата, которая может диагностироваться как у плода и в грудном возрасте, так и в старческом возрасте, но чаще всего обнаруживается в 20—40 лет. Несвоевременная диагностика этой патологии значительно затрудняет лечение больных [1]. Несмотря на то что заболевание обусловлено врожденной недостаточностью фиксирующего связочного аппарата селезенки, сроки его диагностики колеблются в широких пределах. Данные о частоте этой патологии довольно противоречивы [2]. Среди осложнений "блуждающей" селезенки важное место занимает заворот селезенки, т.е. перекрут ее ножки вокруг оси на несколько оборотов. Заворот ножки селезенки может развиваться остро или постепенно [3]. В острых случаях у детей неожиданно появляются боли в животе, тошнота, рвота и другие симптомы раздражения брюшины. Чаще всего боли локализуются в левом подреберье или эпигастрии, повышается температура тела, объективно определяется напряжение брюшной стенки, наличие в брюшной полости болезненной опухоли. Для медленного развития перекрута ножки селезенки характерно появление болей в животе без температурной реакции и симптомов раздражения брюшины. Только срочная спленэктомия избавляет больного от страдания [3].

Приводим клинический случай заворота селезенки у ребенка.

Больная В., 12 лет, заболела остро 13.11.12, когда после урока физкультуры на фоне полного здоровья появились боли в животе, тошнота, рвота. Самостоятельно принимала спазмолитики без положительного эффекта. 16.11.12 госпитализирована в районную больницу, где была выявлена гепатоспленомегалия, тромбоцитопения. Заподозрено гематологическое заболевание, и 19.11.12 больная переведена в областную детскую больницу. При поступлении выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ): всю левую половину брюшной полости занимает образование по форме и струк-

туре идентичное селезенке, с повышенной эхогенностью, нижний полюс спускается в малый таз. Кровоток при цветовом доплеровском картировании практически отсутствует. В левом подреберье отдельно от указанного образования селезенка не визуализируется. Эхогенная картина почек без особенностей. Печень увеличена, эхогенность повышена, структура сегментов однородна, левая доля и ворота не визуализируются из-за увеличенной селезенки. С диагнозом "абдоминальный болевой синдром, спленомегалия, тромбоз селезеночной вены?" больная в тот же день переведена в ГКБ № 5 (Центр детской хирургии). Сопутствующий диагноз: гипоталамический синдром пубертатного периода, ожирение III степени.

При поступлении состояние оценено как тяжелое. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, без высыпаний. Подкожная жировая клетчатка выражена избыточно (рост 158 см, масса тела 90 кг). Дыхание везикулярное с обеих сторон, 20 в 1 мин. Частота сердечных сокращений до 112 в 1 мин, тоны сердца ритмичные. Артериальное давление 115/70 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной жировой клетчатки, а также опухолевидного образования, нечетко пальпируемого в левой половине живота. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей.

Больная в клинике обследована. Общий анализ крови от 20.11.12: Нв 92 г/л, эр.  $3,56 \cdot 10^{12}/л$ , л.  $20,3 \cdot 10^9/л$ , п. 6%, с. 85%, мон. 4%, лимф. 4%, тр.  $191 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 52 мм/ч, свертываемость крови: начало 2,55, конец 3,50; биохимический анализ крови: общий белок 71 г/л, билирубин общий 13,3 мкмоль/л, мочевины 9,7 ммоль/л, креатинин 122,4 мкмоль/л, глюкоза 3,7 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. вес 1023—1025, белок 0,231 г/л, эпителий плоский до 15—18 в поле зрения, лейкоциты до 20 в п/зр., ацетон отрицательный.

УЗИ от 20.11.2012: картина идентична наблюдаемой 19.11.12 г. Компьютерная томография от 21.11.12: на серии компьютерных томограмм до и после контрастного усиления

(Ультравист 370) получены изображения органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Печень увеличена, архитектура ее не изменена. Селезенка в обычном месте не определяется. В левой половине брюшной полости определяется образование размером 24×14×9 см неправильной овальной формы, с четким контуром, паренхиматозной структуры, плотность 34—42 ед. Н, не накапливающее контраст. В нативную и отсроченную фазу видны подходящие к задней поверхности образования сосуды. Почки расположены типично, обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система не расширена. Увеличенные лимфатические узлы в забрюшинном пространстве отчетливо не определяются.

21.11.12 операция — срединная лапаротомия, спленэктомия, резекция сальника.

Под общим обезболиванием произведена срединная лапаротомия. При вскрытии брюшной полости выпота нет. Предлежит селезенка больших размеров, прикрытая инфильтрированным сальником багрового цвета, сосуды которого резко расширены. При выведении селезенки в рану обнаружены припаянные к ней петли кишечника. Сальник и кишечные петли легко отделены от селезенки, последняя выведена в рану. Ее размеры около 26 × 17 см, селезенка плотная, напряженная, связочный аппарат отсутствует. При ревизии ножки выявлен перекрут более чем на 360° (рис. 1, см. на вклейке). Заворот устранен, ножка селезенки прошита и перевязана, селезенка удалена (рис. 2, 3, см. на вклейке). Произведена резекция сальника в пределах здоровых тканей. Брюшная полость осушена, рана послойно ушита.

Гистологическое исследование: тромбоз селезеночной вены, геморрагический инфаркт селезенки.

Послеоперационный период протекал без осложнений, получала инфузионную, антибактериальную терапию. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана домой на

16-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. УЗИ брюшной полости перед выпиской: в брюшной полости свободной жидкости нет. Патологические образования в левом подреберье не выявлены. Общий анализ крови от 06.12.12: Нb 96 г/л, эр.  $3,68 \cdot 10^{12}/л$ , л.  $7,5 \cdot 10^9/л$ , п. 6%; с. 64%, мон. 10%, лимф. 30%, тр.  $734 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 21 мм/ч; свертываемость крови: начало 5,55, конец 6,30. Общий анализ мочи: уд. вес 1006, белок отриц., эпителий плоский до 15—18 в поле зрения, лейкоциты до 8—10 в поле зрения, ацетон отрицательный.

Осмотрена через 1 год после операции. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. При УЗИ брюшной полости патологических образований не обнаружено, селезенка отсутствует.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьев А.Ф., Григорьева М.В. Проблемы диагностики и лечения *патологически подвижной селезенки*. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2007; 4: 44—6.
2. Делягин В.М., Поляев Ю.А., Исаева М.В. и др. *Эхография селезенки у детей и подростков*. *SonoAce-Ultrasonod*. 2009; 19: 57—69.
3. Габай А.В., Гаврюшов В.В. *Хирургия селезенки у детей*. М.: Медицина; 1969.

#### REFERENCES

1. Leont'ev A.F., Grigor'eva M.V. The problem of diagnostics and treatment of pathologically mobile spleen. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik*. 2007; 4: 44—6. (in Russian)
2. Delyagin V.M., Polyayev Yu.A., Isaeva M.V. et al. *Ultrasonography of the spleen in children and adolescents*. *SonoAce-Ultrasonod*. 2009; 19: 57—69. (in Russian)
3. Gabaj A.V., Gavryushov V.V. *Surgery of the Spleen of Children [Khirurgiya selezenki u detey]*. Moscow: Meditsina; 1969. (in Russian)

Поступила 13.01.14

Received 13.01.14