

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.411-007.256-072.1-089.87

А.М.Цигельник, С.А.Усов, Н.А.Микушина

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ДОБАВОЧНОЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Кузбасский филиал ГУ Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН (дир. — д-р мед. наук С.А.Усов), г. Кемерово

Ключевые слова: лапароскопическая спленэктомия, добавочная селезенка.

Полное удаление селезеночной ткани — ключ к успеху хирургического лечения ряда гематологических заболеваний. Добавочные селезенки (ДС), не удаленные во время спленэктомии, в последующем гипертрофируются и могут быть причиной рецидива иммунной тромбоцитопении (ИТП), аутоиммунной гемолитической анемии, наследственной микросфероцитарной анемии и т. д. Современным способом удаления оставленной ДС является лапароскопическая спленэктомия добавочной селезенки (ЛСДС). Отмечена высокая гематологическая эффективность этой операции. Однако идентификация ДС в ходе эндохирургического вмешательства затруднена в связи с отсутствием тактильных ощущений, особенно в условиях спаечного процесса после перенесенной ранее спленэктомии.

Изучение литературы показало отсутствие сколько-нибудь значительного опыта ЛСДС. В российской медицинской периодике мы не встретили сообщений об операциях подобного рода. В этой связи нам представляется целесообразным привести следующее наблюдение.

Больная, 57 лет, госпитализирована 11.05.2006 г. с диагнозом «иммунная тромбоцитопения, непрерывно рецидивирующее течение, резистентная к кортикостероидной терапии». Больна с 1977 г. В том же году перенесла спленэктомию через верхнесрединную лапаротомию. До 1992 г. — в полной клинико-гематологической ремиссии. В 1992 г. — рецидив заболевания, выразившийся в появлении геморрагического синдрома (преимущественно — метроррагии). Многократные курсы терапии глюкокортикостерои-

дами приносили кратковременный частичный эффект. Начиная с 2004 г. геморрагический синдром усилился. На момент госпитализации у больной сохраняются кожные петехиальные геморрагии, умеренная анемия (гемоглобин — 108 г/л), тромбоцитопения ($21 \times 10^9/\text{л}$). Ультразвуковое исследование выявило солидное образование размерами 56×38 мм в проекции удаленной селезенки, по структуре и эхогенности соответствующее ткани селезенки. Допплеровское сканирование подтвердило васкуляризацию образования. Компьютерная томография выявила образование в левом поддиафрагмальном пространстве паренхиматозной плотности с четкими контурами, однородной структурой, размерами 57×46 мм. На основании клинико-anamnestических данных и результатов лучевой диагностики, была диагностирована добавочная селезенка.

24.05.2006 г. операция: лапароскопическая спленэктомия добавочной селезенки (А.М.Цигельник). Применена четырехтроакарная техника вмешательства в положении больной на правом боку. Несмотря на перенесенную ранее лапаротомию, операция прошла без значительных технических трудностей: после разделения сращений обнаружено образование округлой формы, вишневого цвета, размером 58×40×40 мм, располагавшееся забрюшинно, в проекции ложа удаленной селезенки (рис. 1). Кровоснабжение ДС было представлено одной артерией, диаметром 2 мм. Артерия клипирована, пересечена, ДС извлечена целиком в пластиковом контейнере через расширенный троакарный доступ. Масса ДС составила 90 г. Макропрепарат представлен на рис. 2. Операция продолжалась 118 мин, интраоперационная кровопотеря составила 110 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана через 6 сут после операции. Отмечен отчетливый первичный гематологический ответ после операции, выразившийся в повышении уровня тромбоцитов до $190 \times 10^9/\text{л}$.

Наше наблюдение демонстрирует возможность выполнения лапароскопического удаления добавочной селезенки после ранее перенесенной спленэктомии.

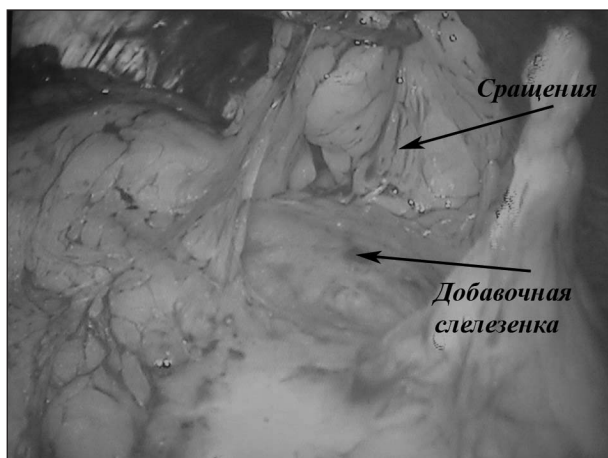


Рис. 1. Локализация добавочной селезенки во время лапаротомии.



Рис. 2. Вид удаленной добавочной селезенки.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Antevil J., Thoman D., Taller J., Biondi M. Laparoscopic accessory splenectomy with intraoperative gamma probe localization for recurrent idiopathic thrombocytopenic purpura // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.—2002.—Vol. 12, № 5.—P. 371–374.
2. Morris K.T., Horvath K.D., Jobe B.A., Swanstrom L.L. Laparoscopic management of accessory spleens in immune thrombocytopenic purpura // Surg. Endosc.—1999.—Vol. 13, № 5.—P. 520–522.

Поступила в редакцию 28.08.2006 г.