

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ЦХАЙ В.Б., БЕЛОБОРОДОВ В.А., ТОЛСТИХИН А.Ю., ЕРМОШКИН О.А.,
МАКАРЕНКО Т.А., УЛЬЯНОВА И.О.

ТРОМБОЗ ВЕНЫ ДОБАВОЧНОЙ СЕЛЕЗЕНКИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

В.Б. Цхай, В.А. Белобородов, А.Ю. Толстихин, О.А. Ермошкин, Т.А. Макаренко, И.О. Ульянова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра перинатологии акушерства и гинекологии, зав. – д.м.н., проф. В.Б. Цхай; кафедра хирургических болезней №1, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов.

Резюме. В своем сообщении мы продемонстрировали клинический случай тромбоза вены добавочной селезенки у беременной женщины. Тромбоз вены добавочной селезенки является крайне редкой хирургической патологией. С этих позиций представляют большой интерес для врачей хирургов и акушеров-гинекологов принципы дифференциальной диагностики, оперативного лечения, ведения в послеоперационном периоде, сроки и методы родоразрешения.

Ключевые слова: добавочная селезенка, тромбоз селезеночной вены, беременность, тромбоцитоз, низкомолекулярные гепарины.

Добавочная селезенка является врожденной аномалией и по данным различных авторов обнаруживается в 14-30% случаев. Вместе с тем, большинство врачей, особенно акушеров-гинекологов, в повседневной практике крайне редко встречаются с такими больными [1,2]. В ряду острой хирургической патологии, которая встречается во время беременности и требует оперативного лечения, очень мало места занимают заболевания селезенки [3,4]. В доступной литературе

нам не встретилось описание случаев тромбоза вены добавочной селезенки. В нашей статье мы попытались восполнить этот пробел.

Больная Б., 26 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемно-диагностическое отделение МУЗ "Городская клиническая больница №6 им. Н.С. Карповича" 12.12.2007 года с жалобами на ноющие боли в левом подреберье, поясничной области слева, повышение температуры тела до 37,8 °С, слабость (история болезни № 34026).

Из анамнеза заболевания выяснено, что ноющие боли в левом подреберье, поясничной области слева появились 06.12.2007 года, за шесть дней до поступления в стационар. С 08.12.2007 года отмечалось повышение температура тела до 38°С. Ознобов, дизурических проявлений не было. За медицинской помощью пациентка не обращалась. Из перенесенных общесоматических заболеваний отмечает ОРЗ, острый цистит. Гинекологический анамнез не отягощен.

Настоящая беременность первая, желанная. На учете в женской консультации по поводу беременности состоит с 8 недель. Обследована в полном объеме согласно отраслевому стандарту по диспансеризации беременных женщин. До момента данного заболевания все клинико-лабораторные показатели и результаты дополнительных обследований были в пределах нормы.

В приемно-диагностическом отделении больная была осмотрена врачом урологом, терапевтом, акушером–гинекологом.

Данные объективного статуса. Состояние средней степени тяжести. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела – 37,1°С. Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренной влажности, без видимых патологических высыпаний. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимых патологических изменений. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД – 19 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс – 86 в минуту, удовлетворительных характеристик. АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, увеличен в объеме за счет беременной матки, мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье при

глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена, не пальпируется. Матка увеличена до 23 недель беременности, в обычном тонусе, безболезненна. Сердечные тоны плода при аускультации ясные ритмичные. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в поясничной области слева. Симптом XII ребра сомнительный слева, отрицательный справа. Дизурических явлений нет.

В развернутом анализе крови от 12.12.2007 года: анемия I ст. (Hb – 106 г/л), лейкоцитоз ($18,6 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом формулы влево (палочкоядерных – 8%, сегментоядерных – 81%), ускоренная СОЭ – 50 мм/час. Значимых изменений в биохимическом анализе крови и общем анализе мочи не выявлено. По данным УЗИ почек изменений не выявлено.

На основании анамнеза, клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования был выставлен предварительный диагноз: Острый пиелонефрит слева? Беременность 23 недели. Больной была назначена инфузионная, антибактериальная и симптоматическая терапия

13.12.2007 года больная осмотрена консилиумом в составе врачей урологов, хирургов, акушеров-гинекологов, данных за острый пиелонефрит найдено не было. Было рекомендовано дообследование больной (УЗИ и МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства).

По данным результатов УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (от 13.12.2007 года) было выявлено увеличение размеров печени (КВР – 17,1 см, ККР – 12,2 см), а также протоковые и диффузные изменения печени. Поджелудочная железа была расположена обычно, контуры ровные, нормальных размеров. Селезенка имела размеры 12×6 см, контуры ровные, структура ее была однородная. Однако было обнаружено тканевое образование размерами 10×10 см, с четкими контурами, однородной внутренней структурой, расположенное между левой почкой и селезенкой. В периспленальной области определялось до 150 мл выпота, а в плевральной полости слева – до 100 мл. Почки расположены обычно, контуры ровные, расширения чашечно-лоханочной системы не выявлено. Заключение: очаговое образование брюшной полости, гепатомегалия.

МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 13.12.2007 года позволили установить, что просвет селезеночной вены не дифференцируется. Селезенка увеличена за счет добавочной доли размерами до 13×12,5×9 см, структура селезенки неравномерная. Под капсулой селезенки небольшое количество свободной жидкости. Кардиальный отдел желудка и хвост поджелудочной железы оттеснены кпереди добавочной долей селезенки. В брюшной и левой плевральной полостях определялось небольшое количество свободной жидкости. Заключение: тромбоз селезеночной вены.

После получения результатов инструментальных методов исследований 13.12.2007 года больная повторно осмотрена консилиумом в составе врачей: общих и сосудистых хирургов, акушеров-гинекологов, урологов, анестезиологов. По заключению консилиума, с учетом наличия острой хирургической патологии, было принято решение о проведении оперативного лечения в экстренном порядке по жизненным показаниям для больной.

13.12.2007 года в экстренном порядке была произведена операция: лапаротомия, спленэктомия, резекция большого сальника, дренирование брюшной полости. Из протокола операции: «Выполнен доступ по Федорову в левом подреберье. При ревизии органов брюшной полости: значительную часть брюшной полости занимает беременная матка, увеличенная до 22–23 недель. В левом поддиафрагмальном пространстве определяется объемное образование, окутанное большим сальником. Большой сальник имбибирован кровью, с фибринозными наложениями. После отделения большого сальника обнаружена селезенка размерами 23×14×12 см, темно-вишневого цвета, состоящая из двух долей. Вокруг селезенки имеется темная кровь со сгустками в объеме до 200 мл. При дальнейшей ревизии обнаружен тромбоз селезеночной вены. Выполнена спленэктомия. Осуществлен гемостаз "ложа" селезенки. Выполнена резекция большого сальника в пределах здоровой ткани. При дальнейшей ревизии органов брюшной полости обнаружена имбибиция кровью желудка и поперечной ободочной кишки. "Ложе" селезенки дренировано активным дренажом. Дополнительно был установлен активный дренаж в полость малого таза. Рану на брюшной стенке ушили.

При исследовании макропрепарата: «Селезенка размерами 23×14×12 см, темно-вишневого цвета, состоит из двух долей (рис.1). В области ворот селезенки определяются тромбированные вены и артерии. На разрезе селезенка темно-вишневого цвета. Фрагмент сальника размерами 17×10×0,7 см, желто-красного цвета».



Рис.1. Макропрепарат удаленной селезенки.

Результаты гистологического исследования послеоперационного материала: «Ткань селезенки с множественными геморрагическими инфарктами. В венозных сосудах видны красные тромбы. В отдельных фрагментах сальника признаки серозного воспаления».

В течение четырех суток после операции больная находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводилась продленная ИВЛ, инотропная поддержка, инфузионная, антибактериальная, симптоматическая терапия, транс-

фузия эритроцитарной взвеси, свежзамороженной плазмы, профилактика угрозы прерывания беременности.

При исследовании системы гемостаза в послеоперационном периоде выявлены существенные нарушения: гиперфибриногенемия (5,66 г/л), резкая тромбинемия (ПТИ – 124%, ПТВ – 15,8 сек., РФМК – 26×10^{-2} г/л), угнетение фибринолитической активности (XIIa–зависимый фибринолиз > 60 мин.), резко выраженный тромбоцитоз (732×10^9 /л), резко выраженный эндотелиоз (фактор Виллебранда – 224%). Следует отметить, что развитие лейкоцитоза и тромбоцитоза характерно для больных после спленэктомии.

На пятые сутки послеоперационного периода больная была переведена в хирургическое отделение, где продолжала получать инфузионную, антибактериальную и симптоматическую терапию. С первых суток послеоперационного периода в целях профилактики тромбоэмболических осложнений был назначен «Клексан» – препарат из группы низкомолекулярных гепаринов в суточной дозе 0,4 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Активные дренажи были удалены на 4–е сутки. Швы сняты на 9–е сутки, заживление состоялось первичным натяжением. Больная была выписана из стационара на 14–е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии и улучшении лабораторных показателей. Рекомендовано продолжение противотромботической терапии («Клексан» в суточной дозе 0,4 мл) под строгим динамическим контролем показателей гемостаза до родов и в течение 2 месяцев послеродового периода.

После выписки из стационара больная находилась под наблюдением врача акушера-гинеколога и хирурга. При исследовании системы гемостаза через месяц после операции оставалось: повышение тромбинового потенциала (ПТИ – 115%, ПТВ – 13 сек., РФМК – 16×10^{-2} г/л), угнетение фибринолитической активности (XIIa–зависимый фибринолиз 29 мин.). По данным УЗИ, проведенных в сроке 28, 32 и 36 недель беременности, а также по результатам КТГ отклонений в развитии и состоянии плода выявлено не было.

При сроке 38 недель беременности развилась спонтанная родовая деятельность. Течение родов было обычным, родоразрешена через естественные родовые пути. Родился живой доношенный мальчик массой 3500 г, длиной 53 см, с оценкой по шкале Апгар 7/9 баллов. Кровопотеря в родах составила 250 мл. Послеродовый и ранний неонатальный периоды протекали без осложнений. Родильница была выписана домой на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии вместе с ребенком.

При исследовании системы гемостаза через 2 месяца после родов патологических изменений выявлено не было.

Таким образом, тромбоз вены добавочной доли селезенки является редко встречающимся острым хирургическим заболеванием, требующим экстренного оперативного вмешательства. В нашем клиническом случае эта хирургическая патология возникла на фоне беременности при сроке 23 недели. Сочетание хирургической патологии и беременности второго триместра вызвала дополнительные сложности в плане дифференциальной диагностики и принятии тактических решений. Проведение хирургического вмешательства у беременной женщины в объеме спленэктомии имело свои технические трудности и специфические особенности. Существенные нарушения в системе гемостаза, связанные с удалением селезенки, потребовали длительной медикаментозной коррекции.

VENOUS THROMBOSIS OF ADDITIONAL SPLEEN ON PREGNANT WOMAN

V. B. Tshaj, V.A. Beloborodov, A.YU. Tolstihina, O.A. Ermoshkin, T.A.

Makarenko, I.O. Ulyanov

Krasnoyarsk state medical university named in honour of V.F. Vojno-Yasenetskij

We demonstrated clinical case of venous thrombosis of additional spleen in pregnant woman. Venous thrombosis of additional spleen is very rare surgical pathology. That is why there is a great interest for surgeons and obstetrician-gynecologists.

Key words: additional spleen, thrombosis of spleen venous, pregnancy, thrombocytosis, low-molecular heparin.

Литература

1. Кургузов О.П., Козлов С.В., Боровиков И.Г. Врожденная добавочная селезенка // Хирургия. – 2002. – №1. – С.68-72.
2. Beauchamp R.D., Holzman M.D., Fabian T.C. et al. The Spleen. // In: Townsend: Sabiston Textbook of Surgery. – 18th ed. Philadelphia, 2008. – С. 56.
3. Danforth D.N., Fraker D.L. Splenectomy for the massively enlarged spleen // American Surgeon. – 1991. – Vol.52. – P.108-113.
4. Salem A.H. Is splenectomy for massive splenomegaly safe in children? // Am. J. Surg. – 1999. – Vol.178, №1. – P.42-45.