

ДИСТОПИЯ СЕЛЕЗЕНКИ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

¹Колоцей В.Н., ^{1,2}Страпко В.П.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно», Гродно, Беларусь

Представлен крайне редкий клинический случай дистопии селезенки в правую подвздошную область, которая явилась причиной возникновения острой кишечной непроходимости. Хирургическое лечение было успешным, выполнена спленэктомия.

Ключевые слова: дистопия селезенки, блуждающая селезенка, острая кишечная непроходимость, спленэктомия.

Дистопия селезенки является одной из наиболее редких клинических находок и обнаруживается менее чем в 0,5% случаев от общего количества спленэктомий, при которых выявляется аномальное расположение селезенки в брюшной полости или в малом тазу [2]. Впервые эта патология была описана голландским врачом Ван Хорном в 1667 г. и подтверждена данными аутопсии. Солеймани и соавт. выполнили расширенный поиск литературы по данной проблеме и обнаружили, что с 1895 по 2005 гг. было описано 238 случаев дистопии селезенки, большинство из которых представлены в виде описания единичных клинических случаев [3].

Варианты дистопии селезенки разнообразны. Селезенка может располагаться поперечно под левой половиной диафрагмы, в том числе между сводом желудка и диафрагмой, может оказаться в пупочной грыже, в забрюшинном пространстве. При обратном положении внутренних органов селезенка находится справа, а не слева. При смещении селезенки в таз ее приходится отличать от опухоли яичника. Описан случай опущения селезенки в мошонку. Обнаружив дистопированную селезенку, необходимо проверить, действительно ли отсутствует селезенка на собственном ей месте, чтобы исключить возможность двух или множественных селезенок. Известно, что прибавочные (или добавочные) селезенки – не редкость. Правда, чаще всего добавочная селезенка мала и расположена в воротах основной селезенки, вдоль селезеночных сосудов, в желудочно-селезеночной связке. Но встречаются случаи, когда довольно крупные добавочные селезенки локализируются в большом сальнике, в брыжейке поперечной ободочной кишки, в капсуле почки, в хвосте поджелудочной железы, в дугласовом пространстве и т. д. Описаны случаи, когда в брюшной полости имелось 20-45 добавочных селезенок. Наконец, ткань селезенки может быть включена в паренхиму другого органа.

При слабости связочного аппарата селезенка становится подвижной («блуждающая» селезенка). Причинами этого могут быть как врожденные, так и приобретенные факторы. К врожденным причинам относят недоразвитие связочного аппарата селезенки, в частности селезеночно-ободочной и желудочно-селезеночной связок. К приобретенным причинам относят травмы и беременность, сопровождающуюся высоким уровнем эстрогенов. Для большинства описанных случаев «блуждающей» селезенки характерно, как правило, бессимптомное течение либо скудная симптоматика, включающая подострые абдоминальные боли и характерную желудочно-кишечную симптоматику – жалобы на тошноту, рвоту, запоры.

Однако при возникновении заворота селезенки возникает картина острого живота. Перекрут сосудистой ножки селезенки приводит к ее инфаркту и некрозу (рис. 1) [4]. В клинической практике спонтанный заворот селезенки встречается очень редко, поэтому точный диагноз устанавливается, как правило, только во время операции [1]. В ряде случаев дистопированная селезенка может вызывать сдавление рядом расположенных органов желудочно-кишечного тракта и приводить к развитию кишечной непроходимости [4].

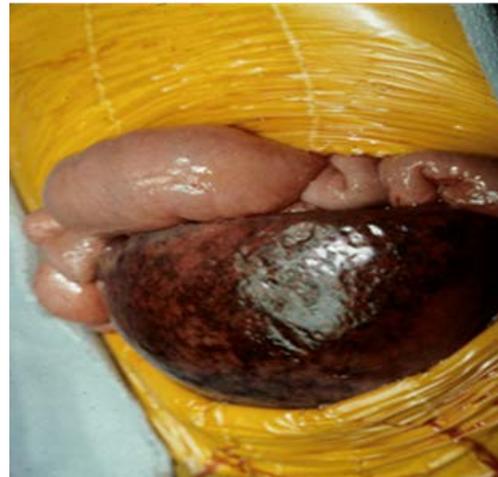


Рисунок 1. – Дистопированная селезенка с перекрутом сосудистой ножки и инфарктированием селезенки

Диагностика дистопии селезенки основана на применении неинвазивных методов обследования, включающих ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, радионуклидную сцинтиграфию. По показаниям может быть проведена и ангиография.

Методом выбора оперативного лечения при дистопиях селезенки является спленэктомия. В ряде случаев при выявлении «блуждающей» селезенки, в том числе и с перекрутом сосудистой ножки, выполняют деторсию со спленопексией [1]. Такая операция рекомендована пациентам молодого возраста с учетом риска развития постспленэктомического сепсиса.

Ниже приводим наше наблюдение.

Пациент М., 10 лет (история болезни 5-849), был госпитализирован в хирургическое отделение Центрального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) 10.05.2011 г. При поступлении предъявлял жалобы на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, отсутствие стула. Заболел 2 суток назад, когда появились вышеописанные жалобы. При объективном обследовании: состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Пульс 100 в минуту, ритм правильный. АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, симметричен. При пальпации он мягкий, болезненный в мезо- и гипогастрии, но в большей степени в правой подвздошной области. В правой подвздошной области пальпируется болезненное, плотное, подвижное образование. Определяется «шум плеска». Симптомы раздражения брюшины слабоположительные в нижних отделах живота. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено. Температура тела 37,4°C. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости обнаружены множественные чаши Клойбера тонкокишечного типа. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз ($15,6 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом формулы влево (палочкоядерных 10%, сегментоядерных 72%). Был выполнен анализ толстой капли крови на малярию, который дал отрицательный результат. Также была выполнена реакция Видала на брюшной тиф, которая дала отрицательный результат по О- и Н- антигенам (титр 1/60). Пациент был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: «Острая кишечная непроходимость».

Пациенту был назначен комплекс консервативных мероприятий, направленных на разрешение непроходимости: внутривенная инфузия раствора Рингера в объеме 1500 мл, введение спазмолитиков, очистительные клизмы. Проведенная терапия успеха не имела, в связи с чем пациенту было предложено оперативное лечение. Диагноз острой кишечной непроходимости сомнений не вызывал, а в связи с данными, полученными при объективном обследовании, в качестве возможной причины непроходимости предполагалась илеоцекальная инвагинация.

10.05.2011 г. произведена лапаротомия. При ревизии: петли тонкого кишечника раздуты, в малом тазу умеренное количество мутного выпота. В правой подвздошной области обнаружена селезенка, вокруг ножки которой завернулась петля подвздошной кишки. До этого места тонкая кишка дилатирована и переполнена кишечным содержимым, ниже – спавшаяся (рис. 2).

В левом поддиафрагмальном пространстве селезенка отсутствует. Произведено освобождение завернутой петли подвздошной кишки, она рас-

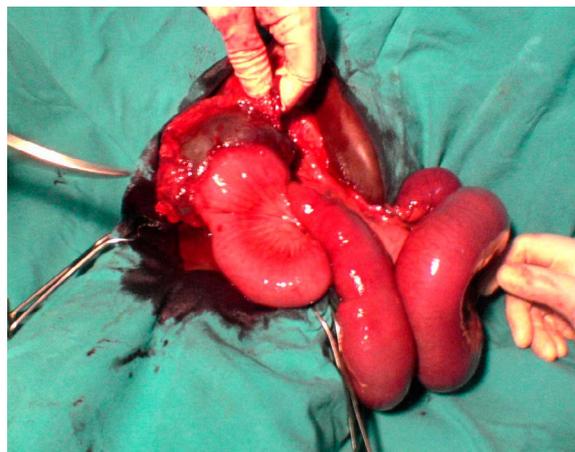


Рисунок 2. – Дистопированная селезенка, дилатированные и спавшиеся петли подвздошной кишки

правлена, проходимость восстановлена. Расстояние от илеоцекального угла до препятствия составило не более 60 см. Червеобразный отросток не изменен. Спавшаяся петля подвздошной кишки подпаяна к внутренней поверхности селезенки, острым путем произведено ее выделение (рис. 3).

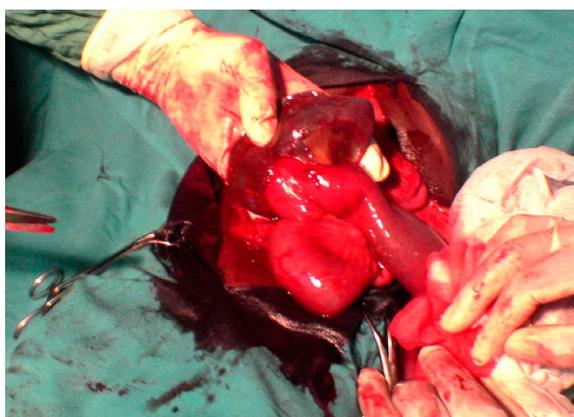


Рисунок 3. – Отделение петли подвздошной кишки от внутренней поверхности дистопированной селезенки

Селезенка мобилизована, выделена сосудистая ножка, при потягивании за которую визуализирован хвост поджелудочной железы, которая также, без сомнения, дистопирована, располагаясь в гипогастрии (рис. 4).



Рисунок 4. – Дистопированная селезенка и поджелудочная железа

Произведена спленэктомия. Выполнена декомпрессия тонкого кишечника. Брюшная полость промыта, осушена. Дренаж в малый таз. Брюшная полость послойно ушита. Рана обработана йодом. Наложена асептическая повязка.

В течение первых суток после операции пациент находился в отделении реанимации, после чего был переведен в хирургическое отделение. Получал лечение: инфузионная терапия, обезболивающие, антибиотики, стимуляторы перистальтики. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. На 11-е сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Диагностика дистопии селезенки как причины возникновения острой хирургической патологии органов брюшной полости представляется весьма сложной. Правильный диагноз до операции установить, как правило, не удается, так как эта патология встречается исключительно редко. При изучении литературы мы не встретили ни одного случая, подобного описанному нами. Применяемые традиционные методы диагностики (рентгенографическое исследование, УЗИ, ФГДС, лабораторные методы исследования) не позволяют получить убедительных данных о природе заболевания. В большинстве случаев выставляется правильный синдромальный

предварительный диагноз, и благодаря верно выбранной активной тактике выполнялось адекватное оперативное вмешательство. Истинный же диагноз фактически являлся операционной находкой. В данном случае вопрос о необходимости спленэктомии сомнений не вызывал, так при такой локализации селезенки не было вариантов ее перемещения в какой-либо карман брюшины либо выполнения какого-то варианта спленопексии. Оставление такой селезенки в брюшной полости могло привести к повторной кишечной непроходимости. Весьма дискуссионным является вопрос о выполнении клеточной трансплантации селезенки. По нашему мнению, этот вопрос должен решаться индивидуально в каждом конкретном случае с учетом выявленной патологии органов брюшной полости, наличия перитонита и др.

По данному случаю было представлено сообщение на заседании Гродненского областного общества хирургов 26.02.2014 г.

Представленный случай дистопии селезенки описан нами впервые. Расположение селезенки в правой подвздошной области явилось причиной развития острой кишечной непроходимости. Своевременное оперативное лечение с выполнением спленэктомии привело к выздоровлению пациента.

Литература

1. Андреев, А. Н. Гетеролатеральная дистопия селезенки, осложненная перекутом сосудистой ножки и некрозом / А. Н. Андреев, А. П. Баймов // Детская хирургия. – 2002. – № 5. – С. 48-49.
2. Sayeed, S. Torsion of awandering spleen / S. Sayeed [et al.] // Surgery. – 2002. – № 3. – P. 535-536.
3. Soleimani, M. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of the literature / M. Soleimani [et al.] // Surg. Today. – 2007. – № 3. – P. 261-269.
4. DeJohn, L. Wandering spleen: a rare diagnosis with variable presentation [Electronic resource] / L. DeJohn, H. Hal, L. Winner // Radiology Case Reports. – 2008. – Vol. 4, № 3. – Mode of access: <http://www.radiology.casereports.net/index.php/rcr/article/view/229/556>. – Date of access: 12.01.2015.

Literatura

1. Andreev, A.N. Geterolateral'naja distopija selezenki, oslozhnennaja perekutom sosudistoj nozhki i nekrozom / A.N. Andreev, A.P. Baimov // Detskajahirurgija. – 2002. – № 5. – S. 48-49.
2. Sayeed, S. Torsion of awandering spleen / S. Sayeed [et al.] // Surgery. – 2002. – № 3. – P. 535-536.
3. Soleimani, M. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of the literature / M. Soleimani [et al.] // Surg. Today. – 2007. – № 3. – P. 261-269.
4. DeJohn, L. Wandering spleen: a rare diagnosis with variable presentation [Electronic resource] / L. DeJohn, H. Hal, L. Winner // Radiology Case Reports. – 2008. – Vol. 4, № 3. – Mode of access: <http://www.radiology.casereports.net/index.php/rcr/article/view/229/556>. – Date of access: 12.01.2015.

SPLenic DISTOPIA AS REASON OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

¹Kolotsei V.N., ^{1,2}Strapko V.P.

¹Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Health Care Institution «Grodno City Emergency Hospital», Grodno, Belarus

The rare clinical case of splenic dystopia to right iliac area which was the reason for acute intestinal obstruction is described. Surgical treatment was successful, splenectomy was performed.

Key words: *splenic dystopia, wandering spleen, acute intestinal obstruction, splenectomy.*

Адрес для корреспонденции: e-mail: vkolotsei@rambler.ru

Поступила 13.01.2015