

УДК. 616.155.392.2:616.411-001.43

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ СЕЛЕЗЕНКИ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

Полынский А.А.¹, Сухоцкий Д.В.²

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

²-УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно, Беларусь

В статье описан случай интраоперационной диагностики хронического лимфолейкоза при спонтанном разрыве селезенки.

Ключевые слова: селезенка, спонтанный разрыв, хронический лимфолейкоз.

Спонтанные разрывы селезенки, возникающие без видимой внятной причины, наблюдаются значительно реже, чем травматические. Определение «самопроизвольный или спонтанный» разрыв условное, потому что при нем часто удается установить незначительную травму, которая при нормальной и неизменной паренхиме селезенки не могла бы привести к нарушению целостности органа. При патологически измененной селезенке для ее спонтанного разрыва достаточно бывает таких воздействий, как поворот больного в постели, смех, кашель, рвота. Описаны случаи спонтанных разрывов селезенки при малярии, раке печени, поджелудочной железы, легких, болезни Гоше [1, 2, 3].

Разрыв селезенки - редкое ее потенциально-фатальное состояние, вызывающее синдром острого живота и нарушение гемодинамики. Это состояние нуждается в срочном диагностическом обследовании и лечении. Часто выполняется спленэктомия, реже проводится консервативная терапия или эмболизация селезеночной артерии.

Следует отметить, что диагноз «спонтанный разрыв» селезенки практически диагностируется только на операционном столе во время выполнения операции.

Мы располагаем клиническим наблюдением первичной диагностики хронического лимфолейкоза, установленного после спленэктомии, выполненной по экстренным показаниям на фоне спонтанного разрыва селезенки.

Приводим наше наблюдение:

Больной М., 70 лет, 25.07.2013 года обратился к хирургу 3-й городской поликлиники г. Гродно с жалобами на боли в нижних отделах живота, умеренную общую слабость, потливость, недомогание, повышение температуры до 37°C. Заподозрен диагноз «острый аппендицит», с которым пациент направлен в дежурный хирургический стационар УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», куда он добрался на общественном транспорте 25.07.2013 в 11 часов 25 минут.

При осмотре хирургом в приемном покое общее состояние пациента удовлетворительное. В сознании. Жалуются на боли в нижних отделах живота, больше справа, без иррадиации, общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, жажду, сухость во рту.

Болен около суток. Боли в животе появились без всякой причины во время работы на даче. Травму отрицает.

В 2008 году оперирован по поводу водянки яичка. Другими заболеваниями не болел и за медицинской помощью не обращался. Около 2-х месяцев тому назад отметил у себя увеличение подмышечных и паховых лимфатических узлов до размера «лесного ореха». Пациент правильного телосложения, нормального питания, толщина кожной складки на уровне пупка около 1,5 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. Пальпируются, увеличенные до 1,0-1,5 см шейные, подмышеч-

ные и паховые лимфатические узлы, безболезненные, смещаемые, не спаянные с кожей, без очагов размягчения. Костно-суставная и мышечная система не изменены. Температура тела 37°C.

В легких перкуторно определяется легочный звук, при аускультации над всеми полями выслушивается везикулярное дыхание. Частота дыханий 24 в 1 минуту. Пульс 118 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык обложен белым налетом, живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах живота, больше в правой подвздошной области, здесь же определяются слабо положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Роздольского. Перистальтика кишечника выслушивается. Мочится самостоятельно. Стул был утром. При ректальном осмотре патологии не выявлено. Выполнены: УЗИ органов брюшной полости – констатировано в свободной брюшной полости наличие большого количества жидкости, в полости малого таза густое жидкое содержимое. Селезенка 16,6x8,9 см, структура ее однородная. Печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, почки без видимых изменений.

При ФГДС выявлен хронический атрофический гастрит.

Анализ крови: эр.: $3.81 \times 10^{12}/л$; нВ.: 112,3 г/л; L – $18.2 \times 10^9/л$.

Анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, следы мути, реакция – кислая; уд. вес – 1030, белок положительный; сахар – нет; кетоновые тела – нет.

Микроскопия – эпителий плоский -2-4

эритроциты – 0-1-2 в п/зр.

лейкоциты – 3-4;

цилиндры гиалиновые – 1-2;

ураты +; бактерии +;

слизь +++++

Группа крови O (I) Rh (+).

Выполнена ЭКГ, пациент осмотрен терапевтом. Заключение: ИБС; диффузный кардиосклероз, Но.

Выставлен диагноз: острый аппендицит, разлитой перитонит.

В 13 часов 35 минут пациент взят в операционную, где ему под эндотрахеальным наркозом выполнена лапароскопия, во время которой установлено наличие тотального гемоперитонеума.

Произведена лапаротомия. При вскрытии брюшной полости в рану обильно вытекает кровь. Установлено профузное продолжающееся кровотечение из нижнего полюса селезенки, которая резко увеличена в размерах и составляет 22x19 см, багрового цвета, рубцово спаяна с органами, окружающими ее, хвостом поджелудочной железы и левым боковым каналом. Селезенка в лапаротомную рану не выводится. Выполнен дополнительный

разрез в левом подреберье, селезенка выведена в лапаротомную рану, сосудистая ножка отжата, перевязана. Селезенка удалена вместе с хвостом поджелудочной железы, кровотечение остановлено. Произведена реинфузия 700 мл крови, взятой из брюшной полости. Сгустки удалены. Брюшная полость промыта, осушена. К ложу селезенки в левом подреберье на участок диффузно кровоточащих тканей подведена пластинка тахокомба. В левое подреберье из отдельного прокола подведен ПВХ дренаж, второй дренаж поставлен в малый таз. Контроль гемостаза. Из брыжейки тонкой кишки взяты для исследования два лимфатических узла диаметром до 1,5-1,7 см. Рана послойно ушита наглухо. Йодонат. Асептическая повязка.

Макропрепарат: селезенка, размером 22,0 x 19,0 см темно-багрового цвета с глубоким разрывом у нижнего полюса, величиной 9x4 см. Гистологическое заключение № 27944-4 от 26 июля 2013 г. В лимфатических узлах и селезенке отмечается резко выраженная стертость рисунка с отсутствием реактивных центров и диффузной пролиферацией лимфоидной ткани, с инфильтрацией капсулы и жировой ткани в лимфатических узлах. Отмеченная картина крайне характерна для хронического лимфолейкоза.

Для дальнейшего лечения пациент госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии, где проведена заместительная, противовоспалительная и симптоматическая терапия. Кровопотеря компенсирована введением 1230 мл свежзамороженной плазмы и 720 мл эритроцитарной массы O (I) группы Rh (+) резус положительной. 26.07.2013 переведен в хирургическое отделение для дальнейшего лечения.

Послеоперационное течение гладкое. Заживление раны первичным натяжением. Общий анализ крови от 29.07.2013 эритроциты $4,7 \times 10^{12}/л$, соэ 40 мм/ч. Биохимический анализ крови от 20.07.2013. Билирубин общий – 10,4 мкмоль/л, общий белок 73 г/л, креатинин 43 ммоль/л, хлориды 105 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л, калий 4,8 ммоль/л, альфа-амелаза 18г/л, мочевины – 3,9 ммоль/л. АсАТ – 65 ммоль/г.л; АлАТ – 32 ммоль/л.

Коагулограмма от 29.07.2013: протромбиновое время (ПВ) 11,9 с., протромбированный индекс 0,92. Фибриноген А-3,1. Гемокрит 0,25.

Анализ мочи общий от 29.07.2013. Цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, прозрачная, удельный вес 1018; белок – нет. Сахар – отрицательный. Микроскопия – эпителий плоский 0-2; эритроциты 2-3 в п/зр. RW от 29.07.2013 № 947 – результат отрицательный. УЗИ предстательной железы, почек, мочевого пузыря от 05.08.2013. Предстательная железа 4,5x3,9 см, неоднородная, повышенной эхогенности. Почки: положение обычное, форма сохранена, контуры четкие, паренхима 1,4 см, почечно-лоханочная система не расширена. Мочевой пузырь без особенностей.

05.08.2013 пациент консультирован онкологом и гематологом. Диагноз: хронический лимфолейкоз. Лимфоаденопатия паховых, подмышечных и подчелюстных лимфатических узлов. Гиперспленизм. Спонтанный разрыв селезенки. Гемоперитонеум. Хронический гастрит. ИБС; диффузный кардиосклероз Но.

07.08.2013 в удовлетворительном состоянии выписан домой под дальнейшее наблюдение и лечение у гематолога областной поликлиники.

Литература

1. Д.В. Богомолов, О.В. Должанский. Геморрагическая псевдокиста поджелудочной железы со спонтанным разрывом селезенки / Архив патологии. Т. 64. – № 4, 2002. – С. 44-45.
2. А.Н. Геллер, С.И. Геллер. О спонтанных разрывах селезенки / «Клиническая хирургия» № 11., 1973. – С. 79-80.
3. Н.И. Ракшина, Е.С. Голованов. Спонтанный разрыв селезенки у ребенка при тяжелой форме мононуклеоза / «Детская хирургия» № 4. – 2004. – С. 49.

Literature

1. D.V. Bogomolov, O.V. Dolzhanskij. Gemoragicheskaja psevdokista podzheludochnoj zhelezy so spontannym razryvom selezhenki / Arhiv patologii. T. 64. – № 4.–2002. – S. 44-45.
2. A.N. Geller, S.I. Geller. O spontannyh razryvah selezhenki / «Klinicheskaja hirurgija» № 11. – 1973. – S. 79-80.
3. N.I. Rakshina, E.S. Golovanov. Spontannyj razryv selezhenki u rebenka pri tjazhelej forme mononukleoz / «Detskaja hirurgija» № 4. – 2004. – S. 49.

SPONTANEOUS RUPTURE OF SPLEEN AS A SIGNIFICANT SIGN OF CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA

Polynskiy A.A.¹, Sukhotskiy D.V.²

¹Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

²Health Institution "Grodno Regional Clinical Hospital № 4", Grodno, Belarus

This article describes a case of intraoperative diagnosis of chronic lymphocytic leukemia with spontaneous rupture of spleen.

Key words: spleen, spontaneous rupture, chronic lymphocytic leukemia.

Адрес для корреспонденции: e-mail: surgery@grsmu.by

Поступила 06.11.2013