

<https://doi.org/10.17238/2072-3180-2021-4-35-39>

УДК: 616-08



© Ларичев С.Е., Шабрин А.В., Омелянович Д.А., Скопин М.С., Жидкова Ю.Е., 2021

Оригинальная статья / Original article

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАВОРОТА СЕЛЕЗЕНКИ

С.Е. ЛАРИЧЕВ¹, А.В. ШАБРИН¹, Д.А. ОМЕЛЯНОВИЧ¹, М.С. СКОПИН¹, Ю.Е. ЖИДКОВА¹

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения города Москвы», 119620, Москва, Россия

Резюме

Введение. Блуждающая селезенка представляет собой редкую аномалию развития, которая характеризуется врожденной недостаточностью связочного аппарата, длинной сосудистой ножкой, дистопией и патологической подвижностью этого органа. К настоящему времени в мировой литературе описано около 500 случаев блуждающей селезенки у детей и взрослых. У большинства пациентов заворот селезенки протекает бессимптомно до первого приступа её перекрута. Важное значение в диагностике патологии имеет ультразвуковая диагностика с определением кровотока в сосудах селезенки, спиральная компьютерная томография без и с контрастированием и магнитно-резонансная томография, а также данные объективного осмотра. Следует особо подчеркнуть, что из-за высокого риска развития серьезных осложнений хирургическое вмешательство показано даже у детей с бессимптомным течением данного заболевания. Наблюдения заворота селезенки у взрослых, требующего экстренного оперативного вмешательства, единичны, что представляет особый клинический интерес.

Материалы и методы. Больная 36 лет была доставлена в стационар по экстренным показаниям. В результате обследования установлен диагноз: дистопия селезенки, заворот селезенки. Выполнено экстренное оперативное вмешательство по поводу заворота селезенки – диагностическая лапароскопия, лапаротомия, деторзия органа и спленопексия последнего в забрюшинном пространстве левого латерального канала. Течение послеоперационного периода гладкое, раны зажили первичным натяжением.

Заключение. Своевременное оперативное вмешательство позволило выполнить органосохраняющую операцию и предотвратить дальнейшие рецидивы заворота селезенки.

Ключевые слова: заворот селезенки, блуждающая селезенка, спленопексия, хирургическое лечение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Ларичев С.Е., Шабрин А.В., Омелянович Д.А., Скопин М.С., Жидкова Ю.Е. Клинический случай. Успешное хирургическое лечение заворота селезенки. *Московский хирургический журнал*, 2021. № 4. С. 35-39 <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2021-4-35-39>

Вклад авторов:

Концепция и дизайн статьи – Ларичев С.Е., Шабрин А.В.

Хирургическое лечение – Скопин М.С., Жидкова Ю.Е.

Литературный обзор – Скопин М.С., Шабрин А.В.

Написание текста – Жидкова Ю.Е., Омелянович Д.А.

Редактирование – Ларичев С.Е., Омелянович Д.А.

CLINICAL CASE. SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF SPLEEN SWIRLING

SERGEY E. LARICHEV¹, ALEXEY V. SHABRIN¹, DMITRIY A. OMELIANOVICH¹, MICHAIL S. SKOPIN¹,
ULIYA E. ZHIDKOVA¹

¹State Budgetary Institution of Healthcare of the City of Moscow "City Clinical Hospital № 17 of the Department of Healthcare of the City of Moscow", 119620, Moscow, Russia

Abstract

Introduction. The wandering spleen is a rare developmental anomaly characterized by congenital insufficiency of the ligamentous apparatus, a long vascular pedicle, dystopia, and abnormal mobility of this organ. To date, about 500 cases of the vagus spleen in children and adults have been described in the world literature. In most patients, spleen volvulus is asymptomatic until the first episode of torsion. Ultrasound diagnostics with the determination of blood flow in the vessels of the spleen, spiral computed tomography without and with contrast and magnetic resonance imaging, as well as the data of an objective examination, are of great importance in the diagnosis of pathology. It should be emphasized that due to the high risk of developing serious complications, surgical intervention is indicated even in children with asymptomatic course of this disease. Observations of spleen volvulus in adults requiring emergency surgery are rare, which is of particular clinical interest.

Materials and methods. A 36-year-old patient was admitted to the hospital for emergency indications. As a result of the examination, the diagnosis was established: spleen dystopia, spleen volvulus. An emergency surgery was performed for spleen volvulus - diagnostic laparoscopy, laparotomy, organ detorsion and splenopexy of the latter in the retroperitoneal space of the left lateral canal. The postoperative period was smooth, the wounds healed by primary intention.

Conclusion. Timely surgical intervention made it possible to perform organ-preserving surgery and prevent further relapses of spleen volvulus.

Key words: spleen volvulus, wandering spleen, splenopexy, surgical treatment

No conflict of interest

For citation: Larichev S.E., Shabrin A.V., Omelyanovich D.A., Skopin M.S., Zhidkova Y.E. Clinical case. Successful surgical treatment of spleen swirling. *Moscow Surgical Journal*, 2021, № 4, pp. 35-39. <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2021-4-35-39>

Contribution of the authors:

Design of the article – Larichev S.E., Shabrin A.V.

Surgery treatment – Skopin M.S., Zhidkova Y.E.

Literature review – Skopin M.S., Shabrin A.V.

Writing text – Zhidkova Y.E., Omelyanovich D.A.

Editing – Larichev S.E., Omelyanovich D.A.

Введение

Блуждающая селезенка представляет собой редкую аномалию развития, которая характеризуется врожденной недостаточностью связочного аппарата, длинной сосудистой ножкой, дистопией и патологической подвижностью этого органа. Впервые блуждающая селезенка была описана голландским клиницистом Van Horne в 1667 г. [7]. В 1854 г. польский хирург Jozef Dietl впервые наблюдал блуждающую селезенку у ребёнка. Немецкий врач А. Мартин выполнил первую спленэктомию в 1877 г. К настоящему времени в мировой литературе описано около 500 случаев блуждающей селезенки у детей и взрослых [9]. В педиатрической практике первые симптомы блуждающей селезенки чаще возникают у детей после годовалого возраста, когда ребенок начинает ходить, что способствует смещению органа [5].

У 70 % пациентов заворот селезенки протекает бессимптомно до первого приступа её перекрута. Ранняя диагностика чрезвычайно сложна [2, 3]. Чаще всего пациенты поступают с острой внезапной болью в животе. В 1966 Gindrey J. и Piquard B. описали триаду симптомов, определяемых у больных с блуждающей селезенкой. К ней относятся: 1) пальпируемое овальной формы объемное образование в левой половине живота, 2) смещение его безболезненное, 3) при перкуссии отсутствие селезенки в левом верхнем квадранте [14]. Также могут наблюдаться явления дизурии и диспепсии при блуждающей селезенке. Нередко развивается синдром гиперспленизма, включающий анемию, тромбоцитопению, спленомегалию и синдром портальной гипертензии [15].

При пальпации живота выявляется объемное, легко смещаемое в область левого подреберья образование. Важное значение имеет ультразвуковая диагностика с определением кровотока в сосудах селезенки [2, 3, 14]. Спиральная компьютерная томография с контрастированием и магнитно-резонансная томография позволяет визуализировать извитые сосуды ворот селезенки [9].

«Блуждающая» селезенка может осложняться перекрутом с развитием инфаркта и разрыва селезенки с массивным внутрибрюшным кровотечением, режее кишечной непроходимостью, острым панкреатитом, перитонитом [1, 8].

До недавнего времени спленэктомия была операцией выбора при блуждающей селезенке. Bar-Maor J.A., Sweed Y. и соавторы (1989) впервые выполнили деторсию, спленопексию и ретроперитонизацию селезенки [6]. Предлагались различные методы фиксации селезенки: за сосудистую ножку, создание гамака из марли и дексона с подшиванием его к диафрагме, интерпозиция селезенки с подшиванием большого сальника. В 1998 г. впервые выполнена лапароскопическая спленопексия у двухлетней девочки использованием петли из марли с подшиванием к диафрагме [14]. В 2003 г. описана лапароскопическая спленопексия с использованием дексоновой сетки [12]. В 2005 г. Hedeshian и соавторы выполнили лапароскопическую ретроперитонизацию селезенки [11].

Следует особо подчеркнуть, что из-за высокого риска развития серьезных осложнений хирургическое вмешательство показано даже у детей с бессимптомным течением данного заболевания. Частота постспленэктомического сепсиса у детей достигает 4 %, а смертность при нем колеблется от 50 до 80 % [10, 13, 14]. Поэтому предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям [4].

Наблюдения заворота селезенки у взрослых, требующего экстренного оперативного вмешательства, единичны, что представляет особый клинический интерес.

Материалы и методы

Пациентка Н., 36 лет, была госпитализирована в ГКБ № 17 в экстренном порядке с жалобами на боли в левом подреберье. Из анамнеза: со слов пациентки ранее боль в животе беспокоила около 5 лет. Неоднократно была госпитализирована

в различные стационары, где проходила лечение по поводу острого панкреатита легкого течения.

Периодически в течение многих лет пациентка отмечала, что «в животе находила руками «шишку», которая была то под ребрами, то внизу живота, а потом сама исчезала». Болевого синдрома со слов при этом не отмечала.

Настоящее ухудшение отметила за несколько часов до поступления, когда появились внезапные боли в левом верхнем квадранте живота. Тошноты, рвоты не было. Температура не повышалась. Погрешности в еде, травму, физические нагрузки пациентка категорически отрицает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 84 уд. в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье, где пальпируется передний край и нижний полюс селезёнки плотноэластической консистенции. Перитонеальных симптомов нет.

Лабораторные показатели: гемоглобин 116 г/л, эритроциты 2,75 млн., гематокрит 34 %, тромбоциты 256 тыс., лейкоциты 7,6 тыс.

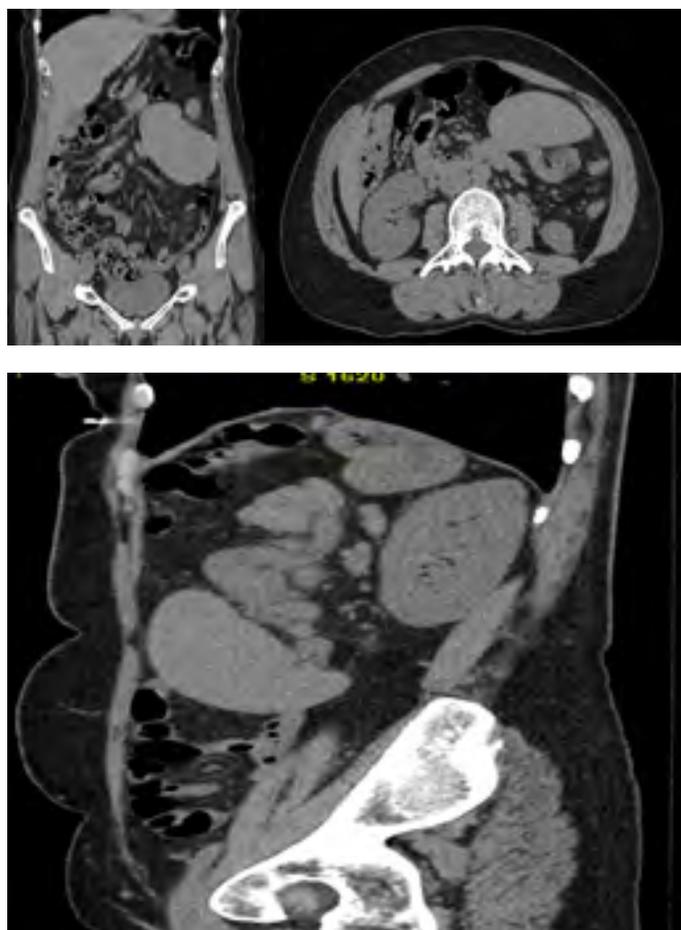


Рис. 1, 2, 3. КТ диагностика заворота селезенки
Fig. 1, 2, 3. CT scans of spleen swirling

По данным УЗИ органов брюшной полости отмечается спленомегалия.

По данным КТ органов брюшной полости, селезенка увеличена (110x59x97 мм), ротирована, расположена в нетипичном месте, в левой мезогастральной области, впереди и ниже уровня нижнего полюса левой почки, впереди нисходящего отдела ободочной кишки. Обращает внимание длинная сосудистая ножка селезёнки, которая деформирована, закручена и образует симптом «водоворота». Отмечается тяжесть и полнокровие клетчатки вдоль сосудов ножки селезёнки. Свободной жидкости в брюшной полости нет (рис. 1, 2, 3).

В результате обследования установлен диагноз: дистопия селезёнки, заворот селезёнки. Пациентке показана экстренная операция.

Выполнена диагностическая лапароскопия, при которой диагноз подтверждён. Установлено, что имеется перекрут селезенки вокруг длинной сосудистой ножки на 720° по продольной оси, также выявлена дополнительная сосудистая ножка, идущая к верхнему полюсу селезёнки и образующая «окно», в котором имеется дополнительный перекрут селезёнки на 360° по поперечной оси. Селезенка увеличена в размерах, вены сосудистой её ножки расширены, паренхима селезёнки полнокровная, признана жизнеспособной (рис. 4).

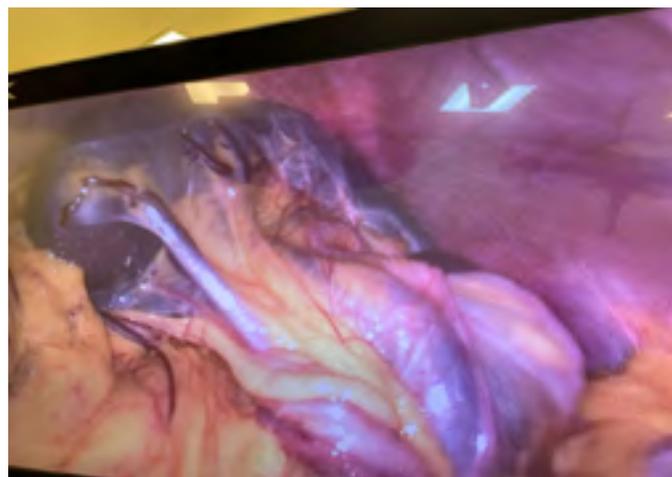


Рис. 4. Заворот селезенки (лапароскопия)
Fig. 4. Spleen swirling (laparoscopy)

Попытка произвести деторзию селезёнки лапароскопическим способом явилась безуспешной. В связи с высоким риском травмы, решено выполнить лапаротомию.

Произведена верхне-срединная лапаротомия, выполнена деторзия селезёнки с последующей спленопексией в забрюшинном пространстве. Рассечена брюшина левого латерального канала на протяжении 12 см, отступя 3 см от XII ребра, в забрюшинном пространстве сформировано ложе, в которое помещена селезёнка, последняя перитонизирована отдель-

ными швами, наложенными на рассеченные края брюшины латерального канала (рис. 5.)

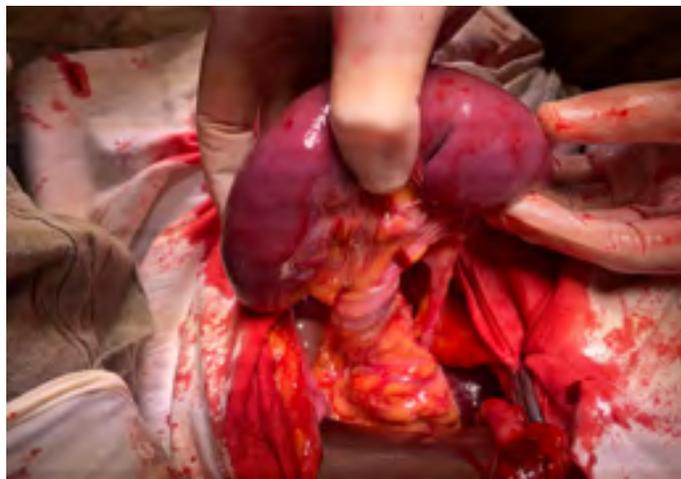


Рис. 5. Заворот селезенки (лапаротомия)
Fig. 5. Spleen swirling (surgical view)

Послеоперационный период протекал без осложнений. Болевой синдром купирован. При контрольной КТ визуализирована селезенка, расположенная в сформированном забрюшинном ложе, структура её однородная, признаков её ишемии или деструктивных изменений не выявлено (рис. 6).



Рис. 6. КТ после операции
Fig. 6. CT scan after operation

Заключение

Данное наблюдение представляет собой редкий клинический случай заворота селезенки у взрослого человека и успешное хирургическое лечение путем деторзии органа и спленопексии в забрюшинном пространстве левого латерального канала. В диагностике заболевания ведущая роль отводится клинической картине, характеризующейся внезапным болевым синдромом

и наличием пальпируемой увеличенной болезненной селезенки, расположенной в нетипичном месте, что подтверждается результатами КТ. Своевременное оперативное вмешательство позволило выполнить органосохраняющую операцию и предотвратить дальнейшие рецидивы заворота селезенки.

Список литературы:

1. Колоцей В.Н., Страпко В.П. Дистопия селезенки как причина острой кишечной непроходимости. Журнал Гродненского медицинского университета № 1, 2015г. С. 108–110.
2. Ольхова Е.Б., Соколов Ю.Ю., Шувалов М.Э., Акоюн М.К., Крылова Е.М., Кирсанов А.С. Блуждающая селезенка у ребенка (клиническое наблюдение). Радиология-Практика, 2015. № 5(53). С. 82–85
3. Поляев Ю.А., Гарбузов Р.В., Сухов М.Н., Степанов А.Э., Ашманов К.Ю., Барыбина Ю.А., Беляева А.В. Блуждающая селезенка (два клинических наблюдения). Детская больница, 2015. № 3. С. 14–17.
4. Соколов Ю.Ю., Вилесов А.В., Стоногин С.В. Лапароскопическая спленопексия у ребенка с «блуждающей» селезенкой. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2016. Т. 6. № 4. С.82–83.
5. Чудных С.М., Сидорук А.А., Ивушкин И.С. Заворот селезенки. Анналы хирургии, 2012. № 1. С. 75–77.
6. Bar-Maor J.A., Sweed Y. Treatment of intermittent splenic torsion in polysplenia syndrome and wandering spleen by splenopexy. *Pediatr Surg.*, 1989, № 4, pp. 130–133.
7. Dahiya N., Karthikeyan D., Vijay S. et al. Wandering spleen: unusual presentation and course of events. *Indian J Radiol Imaging*, 2002, Vol 12, № 3, pp. 359–362.
8. Fernandez L.E.M, Gonzalez A.I, Malagon M.A et al. An unusual case of hemoperitoneum owing to acute splenic torsion in a child with immunoglobulin deficiency. *J Postgrad. Med.*, 2006, Vol 52, № 1, pp. 42–42.
9. Fiquet-Francois C., Belouadah M., Ludot H. et al. Wandering spleen in children: multicenter retrospective study. *Journal of Pediatric Surgery*, 2010, Vol. 45, № 7, pp. 1519–24.
10. Fukuzawa H., Urushihara N., Ogura K. et al. Laparoscopic splenopexy for wandering spleen: extraperitoneal pocket splenopexy. *Pediatr Surg Int*, 2006, Vol. 22, № 11, pp. 931–934.
11. Hedeshian M.H., Hirsh M.P., Danielson P.D. Laparoscopic splenopexy of a pediatric wandering spleen by creation of a retroperitoneal pocket. *Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2005, Vol. 15, № 6, pp. 670–672.
12. Kim S., Lee S.L., J. H.T. Waldhausen J.H.T. et al. «Laparoscopic Splenopexy for the Wandering Spleen Syndrome». *Pediatric Endosurgery & Innovative Techniques*, 2003, Vol 7, № 3, pp. 237–241.
13. Peitgen K., Majetschak M., Walz M.K. Laparoscopic splenopexy by peritoneal and omental pouch construction for intermittent splenic torsion (“wandering spleen”). *Surg Endosc.*, 2001, Vol. 15, № 4, p. 413.
14. Schlesinger F., Hayek I., Jaeschke U. et al. The technique of laparoscopic retroperitoneal splenopexy for symptomatic wandering spleen in childhood. *Journal of Pediatric Surgery*, 2005, Mar; № 40(3), pp. 575–577.

15. Zarroug A.E., Hashim Y., E-Youssef M. et al. Wandering spleen as a cause of mesenteric and portal varices: A new etiology? *Journal of Pediatric Surgery*, 2013, Vol.48, № 3, pp. 1–4.

References:

1. Kolotsei V.N., Strapko V.P. Dystopia of the spleen as a cause of acute intestinal obstruction. *Journal of the Grodno Medical University №1*, 2015, pp. 108–110. (In Russ.)
2. Olkhova E.B., Sokolov Yu.Yu., Shuvalov M.E., Akopyan M.K., Krylova E.M., Kirsanov A.S. Wandering spleen in a child (clinical observation). *Radiology-Practice*, 2015, № 5 (53), pp. 82–85. (In Russ.)
3. Polyayev Yu.A., Garbuzov R.V., Sukhov M.N., Stepanov A.E., Ashmanov K.Yu., Barybina Yu.A., Belyaeva A.V. Wandering spleen (two clinical observations). *Children's Hospital*, 2015, № 3, pp. 14–17. (In Russ.)
4. Sokolov Yu.Yu., Vilesov A.V., Stonogin S.V. Laparoscopic splenopexy in a child with a wandering spleen. *Russian Bulletin of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Reanimatology*, 2016, vol. 6, № 4, pp. 82–83. (In Russ.)
5. Wonderful S.M., Sidoruk A.A., Ivushkin I.S. Spleen volvulus. *Annals of surgery*, № 1, 2012, p. 75–77. (In Russ.)
6. Bar-Maor J.A., Sweed Y. Treatment of intermittent splenic torsion in polysplenia syndrome and wandering spleen by splenopexy. *Pediatr Surg.*, 1989, № 4, pp. 130–133.
7. Dahiya N., Karthikeyan D., Vijay S. et al. Wandering spleen: unusual presentation and course of events. *Indian J Radiol Imaging*, 2002, Vol 12, № 3, pp. 359–362.
8. Fernandez L.E.M., Gonzalez A.I., Malagon M.A et al. An unusual case of hemoperitoneum owing to acute splenic torsion in a child with immunoglobulin deficiency. *J Postgrad. Med.*, 2006, Vol 52, № 1, pp. 42–42.
9. Fiquet-Francois C., Belouadah M., Ludot H. et al. Wandering spleen in children: multicenter retrospective study. *Journal of Pediatric Surgery*, 2010, Vol. 45, № 7, pp. 1519–24.
10. Fukuzawa H., Urushihara N., Ogura K. et al. Laparoscopic splenopexy for wandering spleen: extraperitoneal pocket splenopexy. *Pediatr Surg Int*, 2006, Vol. 22, № 11, pp. 931–934.
11. Hedeshian M.H., Hirsh M.P., Danielson P.D. Laparoscopic splenopexy of a pediatric wandering spleen by creation of a retroperitoneal pocket. *Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2005, Vol. 15, № 6, pp. 670–672.
12. Kim S., Lee S.L., J. H.T. Waldhausen J.H.T. et al. «Laparoscopic Splenopexy for the Wandering Spleen Syndrome». *Pediatric Endosurgery & Innovative Techniques*, 2003, Vol 7, № 3, pp. 237–241.
13. Peitgen K., Majetschak M., Walz M.K. Laparoscopic splenopexy by peritoneal and omental pouch construction for intermittent splenic torsion (“wandering spleen”). *Surg Endosc.*, 2001, Vol. 15, № 4, p. 413.
14. Schlesinger F., Hayek I., Jaeschke U. et al. The technique of laparoscopic retroperitoneal splenopexy for symptomatic wandering spleen in childhood. *Journal of Pediatric Surgery*, 2005, Mar; № 40(3), pp. 575–577.
15. Zarroug A.E., Hashim Y., E-Youssef M. et al. Wandering spleen as a cause of mesenteric and portal varices: A new etiology? *Journal of Pediatric Surgery*, 2013, Vol.48, № 3, pp. 1–4.

Сведения об авторах:

Ларичев Сергей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор. Заместитель главного врача по хирургической помощи, ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ», ул. Волынская, д. 7, Москва, 119620, Россия, e-mail: larseevg@yandex.ru

Шабрин Алексей Валерьевич – кандидат медицинских наук, доцент, врач хирург, ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ». Россия, 119620, Москва, ул. Волынская, д. 7, e-mail: shabrin@ramler.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1901-6216>

Смолянович Дмитрий Александрович – кандидат медицинских наук, доцент. Заведующий 2 хирургическим отделением, ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ». Россия, 119620, Москва, ул. Волынская, д. 7, e-mail: o.d.a@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4982-3804>

Скопин Михаил Сергеевич – кандидат медицинских наук. Врач-хирург, ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ». Россия, 119620, Москва, ул. Волынская, д. 7, e-mail: scopin.ms@mail.ru,

Жидкова Юлия Евгеньевна – врач-хирург, ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ». Россия, 119620, Москва, ул. Волынская, д. 7, e-mail: draco_magnus@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3919-7010>

Information about the authors:

Larichev Sergey Evgenievich – Chief of Surgery, MD, Professor, State Budgetary Institution of Healthcare of the City of Moscow “City Clinical Hospital № 17 of the Department of Healthcare of the City of Moscow”. Russia, 119620, Moscow, Volynskaya str., 7, e-mail: larseevg@yandex.ru

Shabrin Alexey Valerievich – Ph.D. of Medical Sciences, associate professor, surgeon, “City Clinical Hospital No. 17 of the Department of Healthcare of the City of Moscow”. Russia, 119620, Moscow, Volynskaya str., 7, e-mail: shabrin@ramler.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1901-6216>

Omelyanovich Dmitry Alexandrovich – Ph.D. of Medical Sciences, Associate Professor. Head of the surgical department №2, “City Clinical Hospital No. 17 of the Department of Healthcare of the City of Moscow”. Russia, 119620, Moscow, Volynskaya str., 7, e-mail: o.d.a@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4982-3804>

Skopin Mikhail Sergeevich – Ph.D. of Medical Sciences, surgeon, “City Clinical Hospital No. 17 of the Department of Healthcare of the City of Moscow”. Russia, 119620, Moscow, Volynskaya str., 7, e-mail: scopin.ms@mail.ru

Zhidkova Yulia Evgenievna – surgeon, “City Clinical Hospital № 17 of the Department of Healthcare of the City of Moscow”. Russia, 119620, Moscow, Volynskaya str., 7, e-mail: draco_magnus@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3919-7010>