

Ю.Ю. СОКОЛОВ¹, д.м.н., профессор, С.А. КОРОВИН¹, к.м.н., М.И. ПЫКОВ¹, д.м.н., профессор, С.В. СТОНОГИН², к.м.н., А.В. ВИЛЕСОВ³, И.С. АЛЛАХВЕРДИЕВ³

¹ Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Москва

² Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы

³ Детская городская клиническая больница Св. Владимира Департамента здравоохранения г. Москвы

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНОПЕКСИЯ У РЕБЕНКА С ПЕРЕКРУТОМ «БЛУЖДАЮЩЕЙ» СЕЛЕЗЕНКИ

(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Перекрут «блуждающей» селезенки у детей является редким заболеванием, входящим в симптомокомплекс острой ишемии органов брюшной полости. Представлено клиническое наблюдение больного, оперированного по срочным показаниям после клинического и инструментального обследования, в ходе которого было высказано предположение о перекруте селезенки. Результаты проведенного инструментального обследования не были специфичными относительно предполагаемого диагноза, в связи с чем были сформулированы показания к лапароскопии, в ходе которой был подтвержден диагноз. Показана эффективность лапароскопических методик устранения перекрута селезенки и проведения фиксации органа.

Ключевые слова: лапароскопия, дети, перекрут, блуждающая селезенка.

Y.Y. SOKOLOV¹, MD, Prof., S.A. KOROVIN¹, PhD in medicine, M.I. PYKOV¹, MD, Prof., S.V. STONOGIN², PhD in medicine, A.V. VILESOV³, I.S. ALLAKHVERDIEV³

¹ Russian Medical Academy of Postgraduate Education, MoH RF, Moscow

² Children's Clinical Hospital named after Z.A. Bashlyaeva, Moscow Healthcare Department

³ St. Vladimir's Children's Clinical Hospital of the Moscow Healthcare Department

LAPAROSCOPIC SPLENOPEXY FOR A CHILD WITH TORSION OF WANDERING SPLEEN (CLINICAL OBSERVATION)

Torsion of wandering spleen in children is a rare disease, one of the symptoms of acute ischemia of abdominal organs. The article describes clinical observation of a patient operated on urgently after a clinical and instrumental examination during which torsion of wandering spleen was suspected. Results of the conducted instrumental examination were not specific for the presumptive diagnosis, therefore, indications for laparoscopy were formulated during which the diagnosis was confirmed. The effectiveness of laparoscopic techniques in managing splenic torsion and fixation of the organ is demonstrated.

Keywords: laparoscopy, children, torsion, wandering spleen.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Широкое применение лучевых методов диагностики и мини-инвазивных технологий оперативного лечения качественно изменило тактические подходы к диагностике и лечению больных с болевым абдоминальным синдромом. Последнее в полной мере относится к пациентам, госпитализированным в стационар с так называемым синдромом острой ишемии органов брюшной полости, представленным перекрутом сальника, мальротацией кишечника, перекрутом селезенки, перекрутами придатков матки. Эти пациенты являются угрожаемыми по развитию необратимых ишемических нарушений в пораженном органе, с высокой долей вероятности может потребоваться выполнение у них органосохраняющей операции при позднем обращении.

Приводим редкое клиническое наблюдение больного с перекрутом «блуждающей» селезенки.

Клиническое наблюдение. Мальчик, 7 лет, госпитализирован в стационар с жалобами на боли в животе, рвоту, диарею. При клиническом осмотре: при пальпа-

ции живота над лоном и в левой половине брюшной полости определяется край подвижного объемного образования. Общий и биохимический анализы крови – в пределах нормы. При УЗИ брюшной полости: печень: контуры ровные, размеры не увеличены, переднезадний размер правой доли – 114 мм, левой доли – 58 мм, 1 сегмента – 19 мм. Паренхима средней эхогенности, структура однородная. Сосудистый рисунок не усилен. Воротная вена – 9 мм (немного расширена), не изменена. Желчный пузырь: форма обычная, стенки тонкие, просвет эхонегативный. Поджелудочная железа: экранирована газом кишечника. Свободной жидкости, патологических объемных образований в брюшной полости не выявлено. Перистальтика кишечника сохранена. Селезенка занимает практически всю левую половину брюшной полости, контуры ровные, размеры резко увеличены, превышают 150 × 70 мм, структура средней эхогенности, однородная. Отмечается извитость селезеночной вены. Диаметр ее 7 мм (расширена) (рис. 1). Выполнена спиральная компьютерная томография (КТ) брюшной полости и забрюшинного пространства с

болюсным введением контрастного вещества «Ультравист 300». Заключение: спленомегалия, опущение селезенки. Аномалия хода селезеночной артерии. Расширение воротной и селезеночной вен. Нельзя исключить наличие портальной гипертензии. Признаки гемодинамических нарушений в селезенке. С учетом данных клинико-инструментального обследования сформулированы показания к оперативному вмешательству – лапароскопии. Дооперационный диагноз: перекрут селезенки?

В ходе лапароскопии при ревизии брюшной полости установлено, что селезенка в типичном месте в левом подреберье отсутствует. В средних отделах брюшной полости определяется увеличенная до $14 \times 6 \times 5$ см селезенка. При ревизии установлено, что связочный аппарат селезенки отсутствует. Имеется перекрут селезенки вокруг сосудов ворот на 180° , при этом верхний полюс селезенки располагается над входом в малый таз. Сосудистая ножка селезенки перекручена, имеются расширение и извитость селезеночной вены (рис. 2). Признаков нарушения кровообращения селезенки не отмечается. После лапароскопической деторсии селезенки отмечено, что последняя имеет гиперподвижность в брюшной полости. Для фиксации органа и предупреждения рецидива перекрута продольно рассечен листок брюшины по левому боковому каналу, листки брюшины мобилизованы. В созданный в забрюшинном пространстве карман уложена селезенка. Целостность брюшины восстановлена отдельными узловыми экстракорпоральными швами нитями пролен 4-0 (рис. 3). Для профилактики сдавления селезеночных сосудов листок брюшины над сосудистой ножкой поперечно рассечен. Брюшная полость осушена. Заключение: перекрут патологически подвижной («блуждающей») селезенки. Длительность операции составила 120 мин.

Послеоперационный период – без осложнений. Мальчик выписан на 12-е сут. послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии с выздоровлением. На контрольном осмотре через 1 мес. состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет, самочувствие нормальное, активный. При УЗИ брюшной полости: селезенка расположена в забрюшинном пространстве слева. Линейные размеры селезенки умень-

Рисунок 1. УЗИ селезенки с ЦДК (кровоток в сосудах ножки селезенки сохранен)

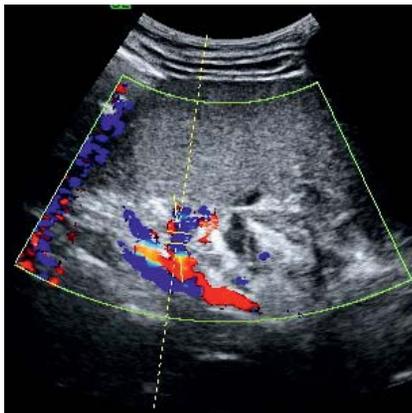


Рисунок 2. Интраоперационный вид (лапароскопия: перекрут селезенки)



Рисунок 3. Интраоперационный вид (спленопексия в забрюшинном пространстве)



шились на 3 см. При осмотре через 6 мес. – состояние удовлетворительное. Край селезенки пальпируется в левом верхнем квадранте.

ОБСУЖДЕНИЕ

«Блуждающая» селезенка (*wandering spleen*) – редкая патология, при которой отсутствует полноценный связочный аппарат селезенки вследствие нарушения развития дорсальной брыжейки [1–3]. Впервые «блуждающая» селезенка была описана голландским клиницистом Van Horne в 1667 г. [4], а первое описание наблюдения «блуждающей» селезенки у детей было сделано J. Dietl в 1864 г. В мировой медицинской литературе представлено порядка 500 наблюдений «блуждающей» селезенки у детей и взрослых в возрасте от 3-х мес. до 82 лет [5, 6]. Заболевание чаще отмечено у мальчиков в соотношении 2,5:1 [3].

Клинические проявления перекрута «блуждающей» селезенки могут быть весьма скудными, зависят от выраженности ишемических нарушений пораженного органа. В 70% наблюдений до начала первого приступа перекрута селезенки признаков заболевания отмечено не было. Ранняя диагностика чрезвычайно сложна [6–8]. Установление диагноза, как правило, происходит в стационаре, куда больной госпитализируется с болевым абдоминальным синдромом или пальпируемым образованием в брюшной полости [9].

Классическими клиническими проявлениями перекрута «блуждающей» селезенки являются: объемное безболезненное образование в левой половине живота, отсутствие селезенки в левом квадранте живота при перкуссии. Заболевание может проявляться дизурией и диспепсией. Характерным является развитие гиперспленизма, который включает в себя анемию, тромбоцитопению, спленомегалию [2], а также синдрома портальной гипертензии [10]. К основным осложнениям «блуждающей» селезенки относят: перекрут, инфаркт, некроз, разрыв селезенки, гемоперитонеум [11]. Реже отмечены такие осложнения, как кишечная непроходимость, острый панкреатит, перитонит. Диагностика основана на выявле-

нии при пальпации живота подвижного объемного образования в левой половине брюшной полости, легко смещаемого в область левого подреберья. Среди дополнительных методов диагностики перекрута «блуждающей» селезенки методом выбора является УЗИ брюшной полости с цветным доплеровским картированием, когда в ходе исследования определяется увеличенная селезенка, расположенная у входа в малый таз [6, 9, 11–12]. КТ с сосудистым контрастированием, магнитно-резонансная томография также позволяют визуализировать извитые сосуды ножки селезенки [6, 9, 11].

Клинические проявления перекрута «блуждающей» селезенки могут быть весьма скудными, зависят от выраженности ишемических нарушений пораженного органа. В 70% наблюдений до начала первого приступа перекрута селезенки признаков заболевания отмечено не было. Ранняя диагностика чрезвычайно сложна

Выбор метода хирургического лечения определяется сроками диагностики и осложнениями «блуждающей» селезенки [13]. Длительный период времени операцией выбора у больных с перекрутом селезенки была спленэктомия. Сообщения об органосохраняющих оперативных вмешательствах, предполагающих деторсию селезенки и фиксацию органа, появились более 20 лет назад, вместе с тем последние носили единичный характер [14]. Методики фиксации селезенки после деторсии были различными, предполагались фиксация селезенки за сосудистую ножку, создание «гамака» из марли и дексона с подшива-

нием к диафрагме, интерпозиция селезенки, подшивание сальника [15–18]. Появление лапароскопических технологий оперативного лечения позволило диагностировать «блуждающую» селезенку в более ранние сроки, а оперативное вмешательство – выполнять в мини-инвазивном варианте. Лапароскопическая деторсия селезенки и спленопексия были выполнены в 1998 г. у двухлетней девочки с использованием петли из марли и подшиванием к диафрагме [19]. Лапароскопическая ретроперитонизация селезенки была впервые выполнена Hedeshianl в 2005 г. [20, 21].

Следует подчеркнуть, что показания к оперативному лечению больных с «блуждающей» селезенкой в настоящее время формулируются по факту установления диагноза из-за высокого риска осложнений, а предпочтения отдают мини-инвазивным методикам оперативного лечения.

ВЫВОДЫ

1. Перекрут «блуждающей» селезенки у детей является крайне редким заболеванием, входит в симптомокомплекс острой ишемии брюшной полости и требует проведения оперативного вмешательства по экстренным или срочным показаниям.
2. Диагностика перекрута «блуждающей» селезенки основана на клинических проявлениях порока, результатах УЗИ с цветным доплеровским картированием и КТ с контрастированием.
3. Методом выбора оперативного лечения детей с перекрутом «блуждающей» селезенки является органосохраняющая операция, включающая лапароскопическую деторсию и ретроперитонизацию органа.



ЛИТЕРАТУРА

1. Schmidt SP, Andrew HG, White JJ. The splenic snood: an improved approach for the management of the wandering spleen. *J Pediatr Surg*, 1992, 27: 1043-1044.
2. Kim SS, Lee SL, Waldhausen JHT et al. Laparoscopic Splenectomy for the Wandering Spleen Syndrome. *Pediatric Endosurgery & Innovative Techniques*, 2003, 7(3).
3. Bakir B, Poyanli A, Yekeler E, Acunas G. Acute torsion of a wandering spleen: imaging findings. *Abdominal Imaging*, 2004, 29: 707-709.
4. Dahiya N, Karthikeyan D, Vijay S et al. Wandering spleen: unusual presentation and course of events. *Indian J Radiol Imaging*, 2002, 12: 359-362.
5. Fiquet-Francois C, Belouadah M, Ludot H et al. Wandering spleen in children: multicenter retrospective study. *Journal of Pediatric Surgery*, 2010, 45: 1519-1524.
6. Herman ZW, Friedwald JP, Donovan C et al. Torsion of a wandering spleen in a one month old, with a confusing ultrasound examination. *Pediatr Radiol*, 1991, 21: 442-443.
7. Maxwell-Armstrong CA, Clarke ED, Tsang TM et al. The wandering spleen. *Arch Dis Child*, 1996, 74: 247-248.
8. Flaherty A, Johnson N, Davidson P. Diagnosis and treatment of splenic torsion in a child. *Pediatr Surg Int*, 1989, 4: 354-356.
9. Schlesinger F, Hayek I, Jaeschke U et al. The technique of laparoscopic retroperitoneal splenectomy for symptomatic wandering spleen in childhood. *Journal of Pediatric Surgery*, 2005, 40: 575-577.
10. Zarroug 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, 48: 1-4.
11. Fernandez LEM, Gonzalez AI, Malagon MA et al. An unusual case of hemoperitoneum owing to acute splenic torsion in a child with immunoglobulin deficiency. *J Postgrad Med*, 2006 March, 52(1).
12. Ольхова Е.Б., Соколов Ю.Ю., Шувалов М.Э., Акопян М.К., Крылова Е.М., Кирсанов А.С. Блуждающая селезенка у ребенка (клиническое наблюдение). *Радиология – Практика*, 2015, 5(53): 82-88.
13. Schaarschmidt K, Lempe M, Kolberg-Schwerdt A et al. The technique of laparoscopic retroperitoneal splenectomy for symptomatic wandering spleen in childhood. *Journal of Pediatric Surgery*, 2005, 40: 575-577.
14. Bar-Maor JA, Sweed Y. Treatment of intermittent splenic torsion in polysplenia syndrome and wandering spleen by splenectomy. *Pediatr Surg Int*, 1989, 4: 130-133.
15. Fukuzawa H, Urushihara N, Ogura K et al. Laparoscopic splenectomy for wandering spleen: extraperitoneal pocket splenectomy. *Pediatr Surg Int*, 2006, 22: 931-934.
16. Stringel G, Soucy P, Mercer S. Torsion of the wandering spleen: splenectomy or splenopexy. *Pediatr Surg*, 1982, 17: 373-375.
17. Allen KB, Andrews G. Pediatric wandering spleen—the case for splenopexy: review of 35 reported cases in the literature. *Pediatr Surg*, 1989, 24: 432-435.
18. Maxwell-Armstrong CA, Clarke ED, Tsang TM et al. The wandering spleen. *Arch Dis Child*, 1996, 74: 247-248.
19. Hirose R, Kitano S, Bando T et al. Laparoscopic splenectomy for pediatric wandering spleen. *J Pediatr Surg*, 1998, 33: 1571-1573.
20. Martinez-Ferro M, Elmo G et al. Laparoscopic pocket splenectomy for wandering spleen: a case report. *J Pediatr Surg*, 2005, 40: 882-884.
21. Hedeshian MH, Hirsh MP, Danielson PD. Laparoscopic splenectomy of a pediatric wandering spleen by creation of a retroperitoneal pocket. *Laparosc Adv Surg Tech A*, 2005, 15: 670-672.