

3 ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 616.382+616.415]-002.4

НЕКРОЗ ДОБАВОЧНОЇ СЕЛЕЗЕНКИ САЛЬНИКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ПСЕВДООПУХОЛИ

*В.К. Литовка², К.В. Латышов¹, П.А. Лепихов²**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького¹,
Областная детская клиническая больница, г. Донецк²*

Резюме. Приведен случай некроза добавочной селезенки сальника с формированием псевдоопухоли. После оперативного лечения наступило выздоровление.

Ключевые слова: добавочная селезенка, сальник, псевдоопухоль, дети.

Добавочные селезенки у детей встречаются относительно часто. Анализ данных литературы и наши наблюдения указывают, что данная патология выявляется в 10-17% случаев у детей, которым по различным показаниям выполняется спленэктомия [1-6]. Наиболее частой локализацией добавочных селезенки является область ворот селезенки, желудочно-селезеночная и селезеночно-ободочная связки (свыше 75% случаев). Реже добавочные селезенки обнаруживаются в брыжейке тонкой и толстой кишок, большом сальнике, париетальной брюшине. Единичные добавочные селезенки встречаются в 2 раза чаще, чем множественные.

Следует подчеркнуть, что особенно важно проводить тщательный поиск добавочной селезенки (или нескольких добавочных селезенки) у больных с наследственной микросфероцитарной гемолитической анемией Минковского-Шоффара или идиопатической тромбоцитопенической пурпурой. Так как после проведенной с лечебной целью спленэктомии возможен рецидив заболевания, если во время оперативного вмешательства не была удалена добавочная селезенка.

В отдельных случаях нарушение кровоснабжения в добавочной селезенке может имитировать неопластический процесс или вызывать картину острого живота [3, 4]. В подтверждение сказанного приводим наше наблюдение.

Больная Р., 13 лет (история болезни № 8253) поступила в клинику детской хирургии 16.09.98 г. с жалобами на боли в животе, наличие опухолевидного образования в брюшной полости. Болеет около двух месяцев. К врачам не обращалась. Из анамнеза установлено, что после

травмы (падения на живот) периодически возникали абдоминальные боли. Осмотрена участковым педиатром, с подозрением на посттравматическую гематому (кисту?) брюшной полости, больная направлена к детскому хирургу.

При поступлении в клинику общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пониженного питания. Субфебрильно лихорадит. Со стороны легких и сердца без особенностей. Живот правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. В мезо-эпигастральной области слева пальпируется опухолевидное образование до 9 см в диаметре, ограниченно подвижное, слегка болезненное при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. *Per rectum*: без патологии, опухолевидное образование пальцем не достигается. В анализе крови: эритроциты – 3,3 Т/л, *Hb* – 108 г/л, лейкоциты – 8,8 Г/л, СОЭ – 12 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 66 г/л, общий билирубин – 5,9 мкмоль/л, АЛТ – 2,1 мкмоль/л, АСТ – 1,6 мкмоль/л. Заподозрена опухоль (посттравматическая гематома? киста?) большого сальника или брыжейки селезеночного угла толстой кишки. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: в мезогастральной области лоцируется образование, неправильной формы, диаметром до 90 мм, без четких границ, неоднородной эхоструктуры за счет чередования участков разной эхогенности с преобладанием анэхогенного компонента (рис.). При цветном доплеровском картировании кровотока непосредственно в самом образовании практически не прослеживается, в рядом расположенных тканях кровотока усилен. После обследования ребенок оперирован 22.09.98 г. Хирург к.мед.н. Литовка В.К.

Верхнесрединная лапаротомия длиной до 15 см. Гемостаз. При этом выявлено, что в левой половине брюшной полости, чуть ниже селезенки, определяется опухолевидное образование до 9 см в диаметре, спаянное с брюши-

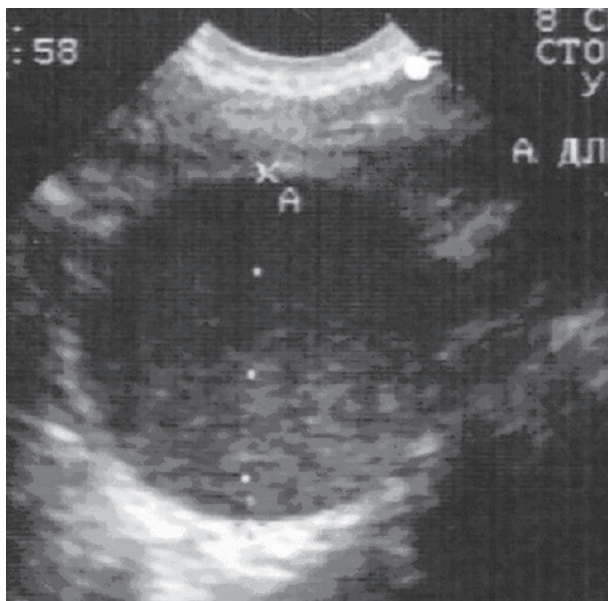


Рис. Додаткова селезінка при ультразвуковому дослідженні

ной передне-бокового отдела брюшной полости, упруго-эластической консистенции, окутанное сальником. Тупым и острым способом образование отделено от брюшной стенки и выведено в рану. Оказалось, что оно исходит (и окутано) из левой половины большого сальника. Цвет кисты коричнево-серый. В одном месте стенка ее некротизирована. Содержимое гноевидное, общим объемом до 100 мл. Оно удалено с помощью атмаса. Резекция сальника с кистозным образованием. Кровотечения нет. Ложе опухоли (нижние отделы селезеночно-ободочной связки, боковой карман брюшной полости, брыжейка селезеночного угла толстой кишки) покрыто фибрином с капиллярной кровоточивостью. Поджелудочная железа, селезенка и желудок не изменены. Туалет брюшной полости. Тампонада ложа удаленной кисты турундой. Через контрапертуру в левом фланке к ложу удаленного опухолеподобного образования поставлен хлорвиниловый дренаж. Брюшная полость ушита послойно наглухо. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Макропрепарат: кистозное образование диаметром до 9 см, коричнево-серого цвета с толстостенной капсулой (толщиной до 4 мм). Содержимое – гноевидная жидкость с фибрином, казеозом. Местами ткань идентична некротизированной паренхиме селезенки. Внутренняя поверхность напоминает слизистую кишечной трубки (как при кистозном удвое-

нии с отеком и кровоизлияниями). Сальник отечен, инфильтрирован, местами с налетом фибрина.

Послеоперационный период протекал гладко. Проводилась антибактериальная, витаминно- и иммунотерапия. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты.

Заключение патогистологического исследования (№ 7765-84): инкапсулированная мертвая ткань (некротизированная) добавочной селезенки. В сальнике кровоизлияния, мягкие лимфоцитарные инфильтраты и разрастание соединительной ткани. В удовлетворительном состоянии 01.10.98г. ребенок выписан домой. Пациентка осмотрена через 3, 6 месяцев, 2,5 и 10 лет. Жалоб нет, здорова.

В анализируемом случае, вероятнее всего, имелось нарушение кровоснабжения добавочной селезенки вследствие травмы и последующего некроза (инфильтрата) паренхимы органа.

НЕКРОЗ ДОДАТКОВОЇ СЕЛЕЗІНКИ С ФОРМУВАННЯМ ПСЕВДОПУХЛИНИ

В.К. Литовка, К.В. Латюшов, П.О. Лепіхов

Резюме. Наведено випадок некрозу додаткової селезінки сальнику з формуванням псевдопухлини. Після оперативного лікування настало одужання.

Ключові слова: додаткова селезінка, сальник, псевдопухлина, діти.

NECROSIS OF ACCESSORY SPLEEN WITH PSEUDONEOPLASM DEVELOPMENT

V.K. Litovka, K.V. Latyshov, P.A. Lepichov

Abstract. There is described the case of necrosis of accessory spleen in omentum with formation pseudoneoplasm development. The complete recovery occurred after performing of operative treatment.

Key words: accessory spleen, omentum, pseudoneoplasm, children.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П. и др. К вопросу о невоспалительных заболеваниях большого сальника у детей // Хірургія дитячого віку. – 2006. – № 1. – С. 14-19.
2. Куш Н.Л., Литовка В.К., Кононученко В.П. и др. Новообразования большого сальника у детей // Вестник хирургии. – 1991. – № 1. – С. 64-65.
3. Москаленко В.З., Журило И.П., Литовка В.К. Редкие случаи в практике детского хирурга. – Донецк: Донецчина, 2004. – 162 с.
4. Поддубный И.В., Трунов В.О. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей // Детская хирургия. – 2002. – № 5. – С. 42-44.
5. Lansdale N., Marven S., Welch J. et al. Intra-abdominal splenosis following laparoscopic splenectomy causing recurrence in a child with chronic immune thrombocytopenic purpura // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. – 2007. – Vol. 17, № 3. – P. 387-390.
6. Zhang K.R., Jia H.M. Symptomatic accessory spleen // Surgery. – 2008. – Vol. 144, № 3. – P. 476-477.