

УДК 616.411-007.59-089

3.1.11 Детская хирургия

DOI: 10.37903/vsgma.2023.4.20 EDN: TNENVQ

**ЗАВОРОТ БЛУЖДАЮЩЕЙ СЕЛЕЗЁНКИ С ЕЁ НЕКРОЗОМ У РЕБЁНКА**© Лабузов Д.С.<sup>1</sup>, Степанов В.Н.<sup>2</sup>, Абросимова Т.Н.<sup>2</sup>, Киселёв И.Г.<sup>2</sup>, Мельникова В.М.<sup>1</sup>, Артёменкова Е.И.<sup>1</sup><sup>1</sup>Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28<sup>2</sup>Смоленская областная клиническая больница, Россия, 214018, Смоленск, пр. Гагарина, 27*Резюме*

**Цель.** Представить описание собственного редкого клинического наблюдения блуждающей селезёнки, с её заворотом, некрозом, и сдавлением нисходящего отдела толстой кишки у ребёнка.

**Методика.** Проведен анализ информации, полученной при клиническом наблюдении случая заворота блуждающей селезёнки с её некрозом и сдавлением нисходящего отдела толстой кишки у ребёнка.

**Результаты.** Девочка 4 лет поступила с абдоминальным болевым синдромом и синдромом пальпируемой опухоли, рвотой, задержкой стула более трёх суток. На основании клинических и эхографических данных выставлен предварительный диагноз: синдром «пальпируемой опухоли», колоностаз и подозрение на аномалии развития толстого кишечника. После подготовки выполнена ирригография: средняя треть нисходящей ободочной кишки стойко оттеснена образованием, прилежащим к кишке на протяжении 6 см. При повторном УЗИ: образование 94×43 мм в проекции средней трети нисходящей кишки, без кровотока, селезёнка в типичном месте не определяется. Интраоперационные находки: заворот атипично расположенной селезёнки с некрозом и окутыванием сальником. Выполнена спленэктомия и резекция прилежащего сальника. В послеоперационном периоде имели место проявления постспленэктомического гипоспленизма.

**Заключение.** У ребенка имело место редчайшая патология – заворот блуждающей селезёнки с её некрозом и сдавлением нисходящей ободочной кишки. Настоящий клинический случай и публикации в медицинской литературе показывают, насколько блуждающая селезенка остается сложной диагностической проблемой, особенно у детей.

*Ключевые слова:* дети, блуждающая селезенка, заворот

## WANDERING SPLEEN TORSION WITH NECROSIS IN CHILDREN

Labuzov D.S.<sup>1</sup>, Stepanov V.N.<sup>2</sup>, Abrosimova T.N.<sup>2</sup>, Kiselev I.G.<sup>2</sup>, Melnikova V.M.<sup>1</sup>, Artyomenkova E.I.<sup>1</sup><sup>1</sup>Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia<sup>2</sup>Smolensk Regional Hospital, 27, Gagarina Av, 214018, Smolensk, Russia*Abstract*

**Objective.** To present a description of our own rare clinical observation of a wandering spleen with its torsion, necrosis, and compression of the descending colon in a child.

**Methods.** Information analysis of clinical observation of the wandering spleen torsion with necrosis and compression of the descending colon in a child was carried out.

**Results.** A 4-year-old girl was admitted with abdominal pain and palpable tumor syndrome, vomiting, stool retention over three days. Based on clinical and echographic data, the preliminary diagnosis was made: "palpable tumor" syndrome, colonostasis and suspected colonic abnormalities. After preparation, irrigography was performed: the middle third of the descending colon was persistently displaced by a 6-cm mass adjacent to the colon. Repeated ultrasound scan revealed revealed 94×43 mm mass in the projection of the middle third of the descending colon, no blood flow, spleen was in a typical place. Intraoperative findings were atypically located spleen with necrosis and omentum wrapping. Splenectomy and resection of adjacent omentum were performed. Post-splenectomy manifestations of post-splenectomic hyposplenism occurred in the postoperative period.

**Conclusions.** The child had the rarest pathology – spleen volvulus with its necrosis and compression of the descending colon. The present clinical case and publications in medical literature show that a wandering spleen remains a difficult diagnostic problem, especially in children.

*Keywords:* children, wandering spleen, congestion

## Введение

К редким патологическим состояниям относится блуждающая селезенка или патологически подвижная, мигрирующая селезенка. Излишняя подвижность органа и его перемещение в брюшной полости связана с врожденной недостаточностью фиксирующего связочного аппарата. Из-за неполной фиксации желудочно-селезеночной и селезеночной связок селезенка может изменить свое положение в животе [12]. Среди осложнений блуждающей селезенки встречаются заворот селезенки, т.е. перекрут ее ножки вокруг оси с развитием гемодинамических нарушений в органе. Селезеночные вены сдавливаются первыми ввиду тонкости стенки и более низкого давления в них. Эти изменения вызывают набухание селезенки и растяжение капсулы, что и приводит к появлению специфических симптомов. И без того редкая в клинической практике патология может сочетаться с заворотом поджелудочной железы и желудка [9,10]. Клинические проявления могут быть разнообразными и неспецифическими. [1, 3]. В острых случаях у детей резко появляются боли в животе, тошнота, рвота, повышение температуры [5]. Более половины пациентов поступают с подозрением на острые процессы в животе, и развернутая клиника заставляет прибегать к активной хирургической тактике. При медленном развитии перекрута ножки селезенки патология длительное время может протекать малосимптомно, что приводит к поздней диагностике. [9]. Из дополнительных методов диагностики значение имеет УЗИ с определением кровотока в сосудах селезенки и интрапаренхиматозно [3, 6] и компьютерная томография [8]. Лечение блуждающей селезенки сводится к спленэктомии [4, 8, 11], при отсутствии признаков некроза и грубых циркуляторных нарушений паренхимы селезенки выполняются органосохраняющие операции с деторсией и спленопексией [3, 4].

Цель исследования – представить описание собственного редкого клинического наблюдения блуждающей селезенки, её заворотом с некрозом и сдавлением нисходящего отдела толстой кишки у ребёнка.

## Методика

Пациентка, девочка 4 лет поступила в клинику детской хирургии с абдоминальным болевым синдромом и синдромом пальпируемой опухоли, рвотой, задержкой стула более 3-х суток.

При обследовании пациентки, для диагностики причин абдоминального болевого синдрома и выяснения причин синдрома пальпируемой опухоли применялись следующие методы: сбор анамнеза, общеклинический осмотр и обследование, лабораторные и инструментальные исследования.

С учётом клинических данных и выполненных дополнительных методов в динамике выставлен предположительный диагноз блуждающая селезенка с компрессией нисходящей ободочной кишки. Выполнена диагностическая лапароскопия, лапаротомия и ввиду необратимых изменений органа – спленэктомия.

## Описание клинического случая

Девочка, 4 лет, поступила в детское хирургическое отделение Областной клинической больницы города Смоленска, через 10 ч. от появления болей в животе, однократной рвоты. На момент поступления предъявляла жалобы на боли в животе в околопупочной области. Из анамнеза: ребёнок находился у бабушки несколько последних дней и около 14:00 в день поступления ребёнок пожаловался на боли в животе, отмечено снижение аппетита, практически отказалась от обеда. Была вялой, малоактивной, указания на многократную рвоту. После обращения в районную больницу девочка направлена в клинику детской хирургии с подозрением на инвагинацию кишечника. Данные физикального исследования: состояние ребенка расценено как средней тяжести, температура тела 36,7<sup>0</sup>С. Рост – 103 см, вес – 14 кг, индекс массы тела – 13,2 кг/м<sup>2</sup>, 1,63 SD ИМТ – дефицит веса. Язык влажный, обложен умеренно белесоватым налетом. Кожные

покровы бледные, периорбитальные тени. Живот вздут, симметричный, при пальпации – болезненный в левых отделах. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Пальпаторно слева от пупка определяется образование 8×4 см овальной формы, смещаемое, пальпация его безболезненна. Со слов родственников стул в течение последних трёх дней однократно скудный, плотный, метеоризм. После очистительной клизмы в приёмном отделении получен скудный твёрдый стул (тип 1 по бристольской шкале), отходили газы. Периодическая задержка и уплотнение стула отмечаются с 2-х летнего возраста. В общем анализе крови лейкоцитоз (до  $16,8 \times 10^9/\text{л}$ ) с нейтрофилёзом (до 73%), СОЭ – 10 мм/ч, тромбоциты  $153 \times 10^3$ , показатели гемоглобина (110 Г/л) и эритроцитов ( $3,54 \times 10^{12}/\text{л}$ ) на нижней границе нормы. В общем анализе мочи без патологических сдвигов. В биохимическом исследовании крови повышение АСТ (до 79 Ед/л). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости: печень, желчный пузырь без структурных изменений, селезёнка 81×32 мм (умеренная спленомегалия), поджелудочная железа не визуализирована, обильное газонаполнение кишечника, в просвете толстой кишки обилие каловых масс (образования в просвете толстой кишки). На основании вышеуказанных данных выставлен предварительный диагноз при поступлении: обтурационная кишечная непроходимость, синдром «пальпируемой опухоли», колостаз и подозрение на аномалии развития толстого кишечника. В течение 4-ёх дней проводилась консервативная терапия: инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы), сифонные клизмы для устранения колостоаза и подготовки к рентгенологическому исследованию толстой кишки. На фоне проведения клизм положительная динамика: обильный с плотными комочками стул, отхождение газов, живот мягкий и менее вздутый, боли в животе не беспокоят. Но к 3-им суткам наблюдались субфебрилитет, эпизоды фебрильной лихорадки, примесь крови в промывных водах и возобновление периодических болей в животе. Данное состояние расценено, как проявления колита и была назначена антибактериальная терапия. Выполнена ирригография: на расправлении при тугом наполнении средняя треть нисходящей ободочной кишки стойко отеснена образованием, прилежащим к кишке на протяжении 6 см, просвет кишки на этом протяжении сужен, до места сужения имеется расширение, сигмовидная кишка умеренно удлинённая и несколько расширена (рис. 1).



Рис. 1. Ирригограмма, выполненная у девочки с заворотом блуждающей селезёнки

При пальпации живота определяется подвижное объемное образование в левой половине живота, смещаемое. Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: определяется образование 94×43 мм в проекции средней трети нисходящей кишки, без кровотока при доплеровском картировании, селезёнка в типичном месте не определяется. Учитывая все вышеизложенные данные, заподозрено наличие блуждающей селезёнки, со сдавлением

нисходящей кишки. Выполнена диагностическая лапароскопия: при ревизии брюшной полости в левой подвздошной области, проекции средней трети нисходящей кишки определяется увеличенная тёмно-багровая селезёнка, плотно окутана отёчным, с участками кровоизлияний сальником. В полости таза имеется серозно-геморрагический выпот – аспирировано до 40 мл. Произведена косая лапаротомия в левом подреберье. В рану выведена селезёнка, плотно окутанная изменённым сальником, перекрученная более чем на  $320^{\circ}$  и на явно удлинённой сосудистой ножке (рис. 2). Заворот устранен, ножка селезенки прошита и перевязана, выполнена спленэктомия и резекция прилежащего сальника в пределах здоровых тканей. Добавочные селезёнки не обнаружены. Аутотрансплантация селезёнки не выполнялась ввиду необратимых изменений в паренхиме. Рана послойно ушита с оставлением страховочного трубчатого дренажа. Удаленные макропрепараты (изменённая селезёнка и порция сальника) направлены на патоморфологическое исследование. При патогистологическом исследовании макропрепаратов: геморрагический инфильтрат селезёнки с тромбозом селезёночной вены в области ворот, очаговый продуктивный оментит.

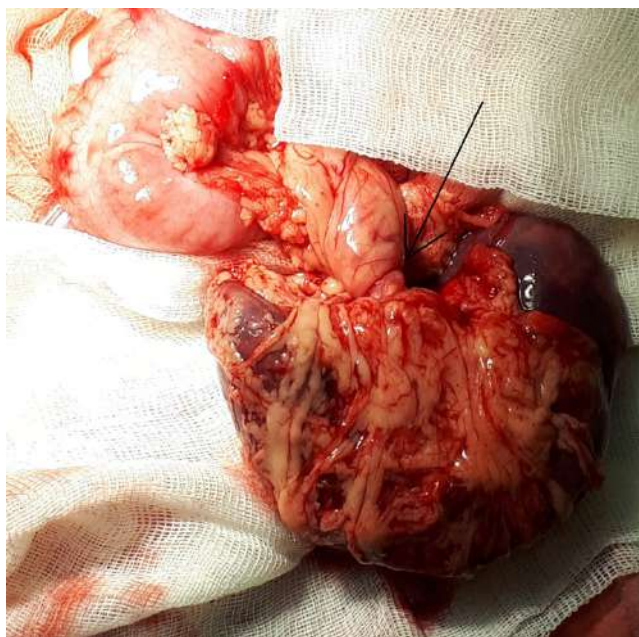


Рис. 2. Вид селезёнки, выведенной в рану. Стрелкой указано место заворота

В раннем послеоперационном периоде девочка находилась в палате интенсивной терапии. Получала плановое обезболивание, седацию, инфузионную и антибактериальную терапию. К началу 2-х суток послеоперационного периода в контрольном общем анализе крови выраженный тромбоцитоз – до  $983 \times 10^3$ , лейкоцитоз со сдвигом влево –  $25,0 \times 10^9$ , сегменты 85%, в коагулограмме патологических сдвигов не отмечено. В биохимическом исследовании крови снижение общего белка до 53 г/л, увеличение АСТ до 106 Ед/л. Данные изменения расценены как постспленэктомический статус. В течении 6 дней проводилась гепаринопрофилактика. Швы сняты на 9-е сутки, заживление раны первичным натяжением. Выписана из стационара с рекомендациями: контроль общего анализа крови 1 раз в 14-21 день, обращение к педиатру при первых симптомах заболеваний, вакцинация против пневмококковой и менингококковой инфекции, наблюдение иммунолога, гематолога. Осмотрена через 1 и 2 года после выписки. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Стул регулярный, редко эпизоды задержки связанные с погрешностью в питании. При контрольных УЗИ брюшной полости патологических образований не обнаружено, селезенка не лоцируется.

### Обсуждение клинического случая

В описанном наблюдении мы столкнулись с редкой патологией – блуждающей селезёнкой. Причиной такой патологической подвижности являлись врожденная несостоятельность фиксирующего связочного аппарата и удлинённая сосудистая ножка [12]. Ввиду таких изменений,

приводящих к гипермобильности селезёнки, произошёл её заворот с последующим некрозом и сдавлением нисходящей ободочной кишки. Клинические данные и результаты УЗИ брюшной полости указывали на колоностаз. Пальпируемое образование было принято за каловый камень. Данные факты позволили предположить аномалии развития толстого кишечника и побудили к проведению ирригографии. Специфических признаков на УЗИ, в виде эхолокации перекрута сосудов не выявлено, их обнаружение весьма затруднительно и происходит лишь в единичных случаях [9]. При ирригографии – оттеснение средней трети нисходящей ободочной кишки вероятнее образованием из вне. Просвет кишки на этом протяжении сужен, до места сужения имеется расширение, что в полной мере объясняет лидирующие клинические симптомы в виде колоностаза. При повторном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости заподозрено наличие блуждающей селезёнки и выставлены показания к лапароскопии, с последующей лапаротомией. Интраоперационные находки указывали на необратимые изменения в селезёнке, которые развились, возможно, ещё до поступления пациентки в стационар. Проявления вторичного колоностаза были связаны со сдавлением кишки прилежащей аномальной расположенной селезёнкой. В послеоперационном периоде отмечались: выраженный тромбоцитоз, повышение уровня трансаминаз и снижение уровня общего белка. Вышеуказанные проявления указывают на развитие постспленэктомического гипоспленизма [2].

## Заключение

Представленный клинический случай интересен тем, что у ребенка имело место редчайшая патология – заворот блуждающей селезёнки с её некрозом и сдавлением нисходящей ободочной кишки. Клинические проявления этой патологии могут быть разнообразными, зависят от выраженности ишемических нарушений в самом органе и взаимоотношений с соседними. В нашем случае на первое место в клинике выступали проявления связанные со сдавлением нисходящей ободочной кишки. Настоящий клинический случай и публикации в медицинской литературе показывают, насколько блуждающая селезенка всё еще остается сложной диагностической проблемой, особенно у детей. По праву эта многолика патология носит названия – «Энигма медицины» и «Великая притворщица».

## Литература (references)

1. Афуков И.В., Коваленко А.А., Арестова С.В. и др. Заворот селезёнки у ребёнка // *Детская хирургия*. – 2015. – Т.19, №1. – С. 54-55. [Afukov I.V., Kovalenko A.A., Arestova S.V. i dr. *Detskaya hirurgiya*. Pediatric surgery. – 2015. – V.19, N1. – P. 54-55. (in Russian)]
2. Морозов Д.А., Ключев С.А. Постспленэктомический гипоспленизм // *Вестник РАМН*. – 2015. –Т.70, №4. – С. 413-418. [Morozov D.A., Kljuev S.A. *Vestnik RAMN*. RAMS Bulletin. – 2015. – V.70, N4. – P. 413-418. (in Russian)]
3. Ольхова Е.Б., Соколов Ю.Ю., Шувалов М.Э. и др. Блуждающая селезенка у ребенка (клиническое наблюдение) // *Радиология-Практика*. – 2015. – Т.53, №5. – С. 82-85 [Ol'hova E.B., Sokolov Ju.Ju., Shuvalov M.Je. i dr. *Radiologija-Praktika*. Radiology – Practice. – 2015. – V.53, N5. – P. 82-85. (in Russian)]
4. Соколов Ю. Ю., Коровин С. А., Ольхова Е. Б. и др. Лапароскопическая спленопексия у детей с перекрутом блуждающей селезенки // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. – 2016. – Т.6, №4. – С. 82-87 [Sokolov Ju. Ju., Korovin S. A., Ol'hova E. B. i dr. *Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. Russian Bulletin of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Resuscitation. – 2016. – V.6, N4. – P. 82-87 (in Russian)]
5. Тандилава Р.З., Бахтадзе Т.И., Коридзе Л.Т. и др. Перекрут трех блуждающих добавочных селезёнок у ребёнка // *Анналы хирургии*. – 2014. – №5. – С. 44-47. [Tandilava R.Z., Bahtadze T.I., Koridze L.T. i dr. *Annaly hirurgii*. Annals of Surgery. – 2014. – N5. – P. 44-47. (in Russian)]
6. Ayaz U.Y., Dilli A., Ayaz S. et al. Wandering spleen in a child with symptoms of acute abdomen: ultrasonographic diagnosis. Case report // *Medical Ultrasonography*. – 2012. – V.14, N1. – P. 64-66.
7. Faridi M.S., Kumar A., Inam L. et al. Wandering spleen a diagnostic challenge: case report and review of literature // *Malaysian Journal of Medical Sciences*. – 2014. – V.3, N21. – P. 57-60.
8. Fiquet-Francois C, Belouadah M, Ludot H, et al. Wandering spleen in children: multicenter retrospective study // *Journal of Pediatric Surgery*. – 2010. – V.18, N7. – P.19-24.

9. Gorski U., Bhatia A., Gupta R., et al. Pancreatic volvulus with wandering spleen and gastric volvulus: an unusual triad for acute abdomen in a surgical emergency // Saudi Journal of Gastroenterology. – 2014. – V.20, N3. – P. 195-198.
10. Karaosmanoglu A.D., Onur M.R., Karcaaltincaba M. et al. Wandering spleen with volvulus of pancreas // Journal of medical ultrasonics. – 2015. – V.42, N3. – P. 413-416.
11. Osher Cohen, Arthur Baazov, Inbal Samuk et al. Emergencies in the Treatment of Wandering Spleen // The Israel Medical Association journal. – 2018. – V.20, N6. – P. 354-357.
12. Varga I., Galfiova P., Adamkov M. et al. Congenital anomalies of the spleen from an embryological // Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research. – 2009. – V.15, N12. – P. 269-276.

### **Информация об авторах**

*Лабузов Дмитрий Сергеевич* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: docyzzz@list.ru

*Степанов Виктор Николаевич* – заведующий отделением детской хирургии ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница». E-mail: vns61@yandex.ru

*Абросимова Татьяна Николаевна* – врач отделения детской хирургии ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница». E-mail: Atn2019@mail.ru

*Киселев Игорь Геннадьевич* – врач отделения детской хирургии ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница». E-mail: kiselev.doc@yandex.ru

*Мельникова Валерия Максимовна* – студентка педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: melnikovavmv@mail.ru

*Артёменкова Екатерина Игоревна* – студентка педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: artemenkova.ekaterina32@yandex.ru

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 16.09.2023

Принята к печати 15.12.2023