

ЗАСТАРЕЛЫЙ ОСУМКОВАННЫЙ РАЗРЫВ СЕЛЕЗЕНКИ, ПРИНЯТЫЙ ЗА ПСЕВДОКИСТУ

Ю. Винник¹, доктор медицинских наук, профессор,
Е. Серова^{1, 2}, кандидат медицинских наук,
И. Прусов², **А. Ширококов**²,
И. Никитенко², **С. Юров**²,
Д. Стратович², **Л. Кузьменя**²

¹Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

²Красноярская межрайонная клиническая больница №4

E-mail: ekaterina_s_07@mail.ru

Приведено наблюдение, в котором застарелый осумкованный разрыв селезенки с организовавшейся и частично кальцинированной гематомой поддиафрагмального пространства ошибочно был принят за псевдокисту в области хвоста поджелудочной железы.

Ключевые слова: гастроэнтерология, застарелый осумкованный разрыв селезенки, гематома поддиафрагмального пространства слева, диагностическая ошибка, псевдокиста хвоста поджелудочной железы.

Частота повреждений селезенки составляет 20–30% всех повреждений органов брюшной полости. Основными видами травмы, при которых наблюдаются повреждения органа, являются падение с высоты, автотравма, сдавление живота, ранение [1]. Чаще отмечаются одномоментные разрывы селезенки с немедленным возникновением кровотечения в брюшную полость. Двухмоментные разрывы составляют около 13% всех закрытых повреждений селезенки; период между получением травмы и началом кровотечения в брюшную полость колеблется от нескольких часов до 1,0–2,5 нед [1, 2]. Причиной разрыва капсулы при уже имеющейся центральной или подкапсулярной гематоме становятся физическое напряжение, чихание, кашель, ходьба, акт дефекации, поворот в постели и другие обстоятельства, вызывающие повышение давления в селезенке. Диагностические трудности при двухмоментных разрывах селезенки разрешаются в момент разрыва капсулы и начала кровотечения в брюшную полость; подобные состояния могут быть диагностированы с запозданием [3]. Однако в литературе нами не найдено сведений, указывающих на случаи застарелых осумкованных разрывов селезенки с организовавшейся и частично кальцинированной гематомой поддиафрагмального пространства слева (при полном отсутствии клинической картины внутреннего скрытого или явного кровотечения как в анамнезе, так и при поступлении), которые ошибочно могут быть приняты за псевдокисту в области хвоста поджелудочной железы (ПЖ).

Под нашим наблюдением находился пациент, 30 лет, с застарелым осумкованным разрывом селезенки с организовавшейся и частично кальцинированной гематомой поддиафрагмального пространства слева, который был принят за псевдокисту хвоста ПЖ.

Больной П., был доставлен в хирургическое отделение Красноярской межрайонной клинической больницы №4 07.12.2014 бригадой скорой помощи с клинической

картиной острого панкреатита, объемного образования брюшной полости.

При физикальном осмотре: состояние больного среднетяжелое. В сознании, адекватен. Положение активное. Телосложение нормостеническое, умеренного питания (индекс массы тела $22,49 \text{ кг/м}^2$). Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренно влажные. Видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности. Температура тела $37,5^\circ\text{C}$. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 75 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный во всех отделах. Перкуторно печеночная тупость сохранена, печень не увеличена. Притупления перкуторного звука в отлогах местах брюшной полости не определяется. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Перистальтика сохранена. Стул был утром, оформленный. Газы отходят. Дизурии нет.

Выполнена ультрасонография брюшной полости:

Визуализация удовлетворительная. Печень: косою вертикальный размер – 141 мм; краниокаудальный размер – 91 мм. Толщина правой доли – 125 мм, левой – 60 мм. Контур ровный, четкий. Структура однородная, средней эхогенности. Край острый. Внутривеночные желчные протоки не расширены – 4–5 мм.

Холедох – 5 мм. В просвете холедоха дополнительные образования не визуализируются. Печеночные вены – 6–7 мм, воротная вена – 9 мм. Ход не изменен. Кровоток не изменен. Нижняя полая вена – 14 мм. Коллабирование в норме. Брюшной отдел аорты – 17 мм. Прослеживается не полностью. Стенки не изменены. Желчный пузырь – $4,1 \times 1,3$ см. Толщина стенки – 3 мм. Расположен типично, грушевидной формы (сокращен после приема пищи). В просвете желчного пузыря дополнительные образования не визуализируются.

ПЖ визуализируется фрагментарно; головка – 18 мм, тело – 14 мм, хвост не визуализируется, контур неровный, нечеткий; структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Вирсунгов проток не визуализируется.

Селезенка – $12,7 \times 5,9 \times 6,2$ см, контур ровный, четкий; структура однородная. Селезеночная вена – 6 мм.

В левом поддиафрагмальном пространстве визуализируется ангиопозхогенное образование размером $17,8 \times 11,3 \times 14,4$ см (объем – 1515 см^3), с эхо-взвесью внутри. Вокруг селезенки визуализируются линейные включения повышенной эхогенности (нити фибрина, спайки – ?; рис. 1).

Свободная жидкость не визуализируется.

Кишечник – петли не расширены. Лимфатические узлы не визуализируются. Плевральные синусы без особенностей.

Заключение: диффузные изменения ПЖ. Объемное образование жидкостного характера поддиафрагмального пространства слева. Спленомегалия.

При ультрасонографии почек эхо-патологии не выявлено. Урологом острой патологии не обнаружено.

В анализах при поступлении: лейкоцитоз (лейкоциты – $16,9 \cdot 10^9/\text{л}$) с нормальной лейкоцитарной формулой, Нв. 115 г/л, эр. $3,33 \cdot 10^{12}/\text{л}$, СОЭ до 68 мм/ч; общий белок 62,0 г/л, альбумин 29,0 г/л, глобулины 33,0 г/л, альбуминоглобулиновый коэффициент 0,88, глюкоза 6,63 ммоль/л, аланинаминотрансфераза 60,2 МЕ/л, аспартатаминотрансфераза 56,7 МЕ/л, амилаза 91,0–107,0 ЕД/л, калий 5,6–5,8 ммоль/л, С-реактивный белок 272,87 мг/л, прокальцитонин $<0,5$ нг/мл; фибриноген 8,4 г/л, протромбиновый индекс по Квику 65,2%; амилаза мочи 1188,0 МЕ/л. Другие показатели развернутого, биохимического анализов, гемостазиограммы и общего анализа мочи – без изменений.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости с холангиографией: печень и желчный пузырь – без патологии. ПЖ размером $2,3 \times 2,0 \times 3,3$ см, структура неоднородная за счет наличия в ее неравномерно утолщенном хвосте кистозного образования с неоднородным гиперинтенсивным сигналом на T2 ВИ и гиперизоинтенсивным – на T1 ВИ (с признаками седиментации), неправильной формы, с нечеткими неровными контурами, без признаков перифокального отека, размером до $2,4 \times 3,8 \times 7,2$ см, с признаками наличия свищевого хода, распространяющегося транслюминально между долями селезенки в область инкапсулированного скопления значительного количества гнойно-геморрагического выпота в паранефральной области (вероятно, в сумке селезенки), сечением до $11,3 \times 12,6 \times 21,5$ см. Отмечаются небольшое количество выпота в прилежащих отделах плевральной полости, а также неоднородность сигнала от прилежащих отделов паранефральной клетчатки за счет отека и реактивных изменений. Селезенка на фоне описанных изменений оттеснена, от паренхимы краинальных ее отделов – неоднородный сигнал, вероятно, реактивного характера, с наличием по задненаружному ее контуру (видимо, подкапсульно)

Описание продолжения текста из предыдущего блока, так как в оригинале оно было обрывочным и перенесено в начало следующего абзаца.

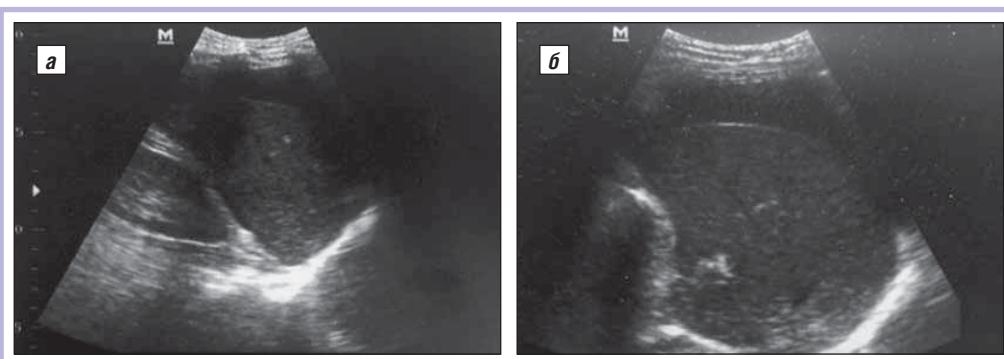


Рис. 1. Ультрасонограммы (а, б) объемного образования поддиафрагмальной области слева

участка жидкостного содержимого до 2,1 см, протяженностью до 14,1 см. Вирсунгов проток на уровне описанной псевдокисты ПЖ не визуализируется, в остальных отделах железы прослеживается на всем протяжении, не расширен. Структура остальных отделов ПЖ диффузно неоднородная за счет усиления стромального компонента. Контуры поджелудочной железы бугристые. Визуализируются единичные парааортальные лимфатические узлы слева размером до 0,5–0,8 см. Заключение: МРТ-картина псевдокисты хвоста ПЖ с признаками ее дренирования в расширенную лиенальную сумку, с неоднородным содержимым и признаками коллоидно-геморрагического компонента (преимущественно, видимо, субкапсулярно).

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: диффузный поверхностный гастрит.

Рентгенография грудной клетки: грудная клетка не деформирована. Легкие расправлены, без видимых очаговых и инфильтративных теней, корни легких не расширены. Слева высокое стояние купола диафрагмы по переднему отрезку VI ребра. Синус не развернут, с небольшим количеством жидкости. Экскурсия ограничена. Справа — без особенностей. Средостение расположено обычно. После приема глотка бариевой взвеси желудок смещен вправо и кпереди. Заключение: образование брюшной полости слева (рис. 2).

Больной получал инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную, противоязвенную, симптоматическую терапию.

Максимальная температура тела (до 38,4°C) зафиксирована на 2-е сутки пребывания в стационаре.

Был выставлен диагноз: объемное образование брюшной полости. Псевдокиста хвоста ПЖ (?).

В отсроченном порядке выполнена верхнесредне-срединная лапаротомия. При ревизии в левой половине брюшной полости, преимущественно поддиафрагмально, обнаружено опухолевидное образование диаметром около 25 см. В патологический процесс вовлечены большой и малый сальник, желудок, поперечная ободочная и нисходящая ободочная кишка, хвост ПЖ, париетальная брюшина задней стенки брюшной полости. Выполнен дополнительный трансректальный поперечный разрез влево с пересечением косых и поперечной мышц живота.

Образование пунктировано, получено около 1000 мл лизированной крови (посев роста не дал), уровень ами-

лазы — 16 633,0 МЕ/л, на фоне сильного гемолиза. При вскрытии просвета образования обнаружено около 500 мл крови в виде застарелых организовавшихся, местами с признаками кальцинирования сгустков. В центре образования — селезенка неправильной формы, размером 13,0×8,0×7,0 см, с множественными разрывами неправильной формы до 3,0–5,0 см, гематомами — по всей паренхиме. Капсула, окружающая селезенку и гематому, толщиной до 0,5–1,0 см. Данная ситуация расценена как застарелый осумкованный разрыв селезенки с гематомой левого поддиафрагмального пространства (рис. 3).

Выполнена спленэктомия с прошиванием сосудистой ножки шелком. Капсула поэтапно острым и тупым путем отделена от нисходящей и поперечной ободочной кишки (стенка последних инфильтрирована, отечна), париетальной брюшины задней стенки брюшной полости; выполнена резекция большого сальника, подпаянного к капсуле гематомы. Вскрыта сальниковая сумка, обнаружено вовлечение в патологический процесс хвоста ПЖ и задней стенки тела желудка ближе к кардиальной части по большой кривизне. Хвост ПЖ обильно кровоточит, прошит шелком. При отделении задней стенки желудка произошла перфорация желудка (1,5×1,0 см), ушитая двухрядным швом



Рис. 2. То же наблюдение. Рентгенограмма грудной клетки. Признаки объемного образования поддиафрагмальной области слева

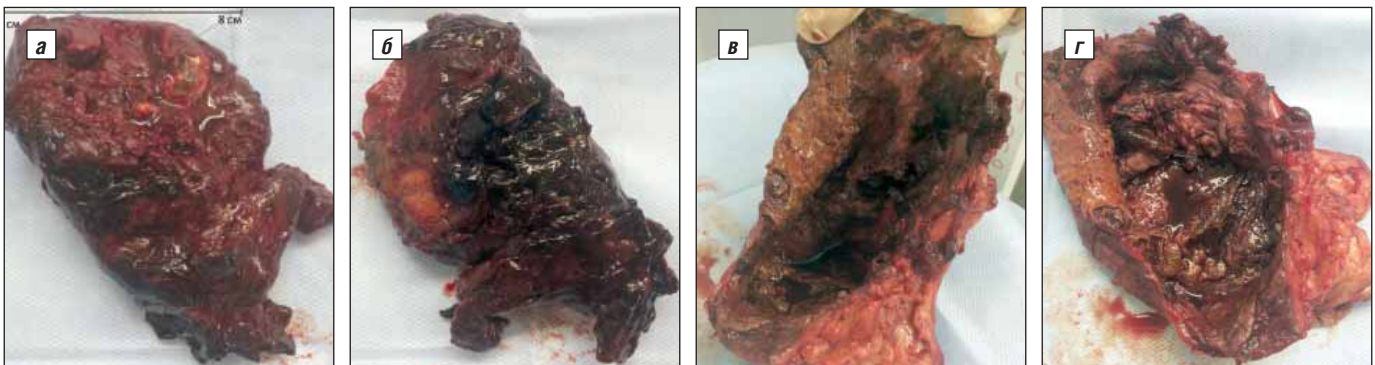


Рис. 3. То же наблюдение. Макропрепарат. Селезенка с гематомами и ее капсула (а–г)

ПГА 3-0 на травматичной игле. В желудок установлен зонд. При дальнейшей ревизии другой патологии не обнаружено.

Брюшная полость дренирована через контрапертурный разрез в левой подвздошной области 2 перчаточными дренажами — по левому боковому каналу к хвосту ПЖ и в малый таз, через контрапертурный разрез в левой боковой области живота трубчатый дренаж установлен в левое поддиафрагмальное пространство. Контроль на гемостаз и инородные тела. Операционная рана послойно ушита наглухо.

В послеоперационном периоде больной получал инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную, секретолитическую, противоязвенную, симптоматическую терапию, профилактику венозных тромбоэмболических осложнений.

В послеоперационном периоде уровень амилаз крови не повышался >107,0 ЕД/л.

При дополнительном сборе анамнеза после операции пациент категорически отрицал факт травмы. Но через несколько дней вспомнил, что около 5 мес назад получал удар в живот, за медицинской помощью не обращался, так как эпизод болей в животе был кратковременным; позже пациента ничего не беспокоило.

Течение послеоперационного периода гладкое. Желудочный зонд удален на 3-и сутки. Дренажи удалены на 5-е и 7-е сутки после операции. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 9-е сутки. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена. Температура тела в течение 6 сут после операции оставалась субфебрильной с последующей нормализацией.

Выписан 23.12.2014 в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга амбулаторно.

Литература

1. Рязанцев В.П., Ларин М.А. Разрывы селезенки: проблемы в диагностике при сочетанной травме // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. — 2005; 3: 187–8.
2. Чарышкин А.Л., Демин В.П., Гафиуллаев М.Р. Результаты хирургического лечения больных с повреждениями селезенки // Медицинская наука и образование Урала. — 2012; 13 (1): 157–9.
3. Масляков В.В., Громов М.С., Ермилов П.В. Диагностические ошибки у пациентов с закрытыми чрескапсулярными разрывами селезенки // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ» (реабилитация, врач и здоровье). — 2012; 2 (6): 13–7.

OLD ENCAPSULATED SPLENIC RUPTURE TAKEN AS PSEUDOCYST

Professor Yu. Vinnik¹, MD; E. Serova^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; I. Prusov²; A. Shirobokov²; I. Nikitenko²; S. Yurov²; D. Stratovich²; L. Kuzmenya²

¹Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

²Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital Four

The paper describes a case in which old encapsulated splenic rupture with organized and partially calcified hematoma in the subphrenic space is mistaken for pseudocyst in the pancreatic tail.

Key words: old encapsulated splenic rupture; hematoma in the left subphrenic space; diagnostic error; pseudocyst in the pancreatic tail.