© Т. А. Бритвин, Н. А. Корсакова, Д. В. Подрез, 2017
УДК 616.411-007.62-07-089

Т. А. Бритвин, Н. А. Корсакова, Д. В. Подрез

ДОБАВОЧНАЯ СЕЛЕЗЁНКА, ИМИТИРУЮЩАЯ ПРАВСТОРОННЮЮ ЗАБРЮШИННУЮ ОПУХОЛЬ

ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского» (дир. — чл.-кор. РАН проф. Ф. Н. Палеев)

Ключевые слова: добавочная селезёнка, забрюшинная опухоль

T. A. Britvin, N. A. Korsakova, D. V. Podrez

Accessory spleen imitating right-side retroperitoneal tumor

M. F. Vladimirovskiy Moscow Regional Research Clinical Institute

Key words: accessory spleen, retroperitoneal tumor

Добавочные селезёнки (одиночные и множественные) являются врожденной аномалией, причины формирования которой многочисленны и окончательно не изучены. Добавочные селезёнки выявляются в 10–30 % на аутопсии, у 11–16 % пациентов — при лучевой диагностике различных заболеваний брюшной полости и, как правило, в левой половине живота [4, 5]. Чаще всего они имеют небольшой размер (от нескольких миллиметров до 2 см) и более чем в 75 % случаев расположены в области ворот нормальной селезёнки, в желудочно-селезёночной и селезёночно-ободочной связках, ещё в 16–20 % — в хвосте поджелудочной железы [5]. Описаны и редкие локализации, такие как спленоренальная связка, большой и малый сальник, брыжейка тонкой кишки, придаток яичка [6]. Локализация добавочной селезёнки в правом забрюшинном пространстве — казуистическая редкость [3]. Представляем собственное клиническое наблюдение.

Больная К., 66 лет, госпитализирована в клинику хирургической эндокринологии с жалобами на периодические ноющие боли в верхних отделах живота, которые появились несколько лет назад. Ранее за медицинской помощью не обращалась. За 2 нед до госпитализации при УЗИ брюшной полости по месту жительства обнаружена опухоль правого надпочечника размерами 61×40 мм.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, отёков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При аускультации лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 82 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. При пальпации

живот мягкий, безболезненный во всех отделах, опухолевое образование не пальпируется. Поясничная область не изменена, симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Гормональные исследования: содержание кортизола в крови (утро) — 516 нмоль/л (норма 190–650 нмоль/л), альдостерона — 0,13 нмоль/л (норма 0,1–0,8 нмоль/л), активность ренина — 2,2 нг/(мл·ч) (норма 1,9–6 нг/(мл·ч)), экскреция метанефринов с мочой — 85 мкг/сут (норма 20–345 мкг/сут), норметанефринов — 150 мкг/сут (норма 30–440 мкг/сут).

При УЗИ (рисунок, а) в проекции правого надпочечника лоцируется гипозоногенное неоднородное образование с достаточно ровными и чёткими контурами размером 69×40×42 мм. Размеры селезёнки в пределах нормы, экзогенность и структура не изменены.

При КТ брюшной полости (см. рисунок, б) в забрюшинном пространстве справа, располагаясь между нижней полой веной (НПВ), правым надпочечником и ножкой диафрагмы, определяется объёмное образование неправильно-овальной формы размером 37×61×48 мм, контуры его чёткие, неровные, без признаков прорастания смежных органов, структура неоднородная с множественными кальцинатами. После внутривенного контрастирования отмечается неомогенное контрастирование мягкотканых компонентов с сохранением участков пониженной плотности, окружающая забрюшинная клетчатка неравномерно уплотнена, парааортально визуализируются лимфатические узлы диаметром до 10 мм.

По поводу предполагаемой неорганической забрюшинной опухоли больная была оперирована. При ревизии в забрюшинном пространстве над верхним полюсом почки имеется опухолевое образование диаметром не менее 10 см, неправильной округло-овальной формы, плотной консистенции с очагом окостенения. Правый надпочечник не обнаружен, забрюшинная клетчатка, латеральная и задняя стенки НПВ инфильтрированы; имеются паракавазные лимфатические узлы диаметром до 15 мм, округлой формы, плотноватой консистенции. Выполнена адреналэктомия с опухолью, забрюшинная лимфодиссекция справа.

Данные лучевых и морфологических исследований у больной К., 66 лет, с добавочной селезёнкой.

а — эхограмма образования в проекции правого надпочечника; б — КТ-граммы, аксиальная проекция
(1 — нативная фаза, 2–4 — постконтрастные изображения)

Окончание рисунка. Данные лучевых и морфологических исследований у больной К., 66 лет, с добавочной селезёнкой.

в — макропрепарат удалённой добавочной селезёнки; г — гистоструктура удалённой добавочной селезёнки, немногочисленные лимфоидные фолликулы без центров размножения, очаги оссификации. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 100

Макроскопически (см. рисунок, в) образование с жировой клетчаткой, массой 236 г, размером 11×10×5 см, неравномерной плотности, с бугристой поверхностью. На плоскостном срезе в центральной зоне образование красно-розового цвета размерами 6×4 см, с множественными очагами костной плотности. При гистологическом исследовании гистоструктура образования соответствует селезёнке (см. рисунок, г). Отмечаются немногочисленные лимфоидные фолликулы (некоторые с атрофией) и очаги оссификации, резко выраженный склероз стромы и стенок сосудов, в окружающей жировой клетчатке фиброз и кальцификация кровеносных сосудов, кора надпочечника с выраженным липоматозом стромы и узлообразованием, мозговое вещество умеренно выражено. Лимфатические узлы без признаков опухолевого роста.

Одиночные и множественные добавочные селезёнки различной локализации и размеров описаны в большом числе работ. Среди них обращает на себя внимание наблюдение Э. Н. Винтлер (1907), в котором число добавочных селезёнок диаметром от 2 мм до 2 см, расположенных на париетальном и висцеральном листках брюшины, достигало нескольких сотен [2]. Расположение добавочной селезёнки в правом забрюшинном пространстве представляет казуистическую редкость. В базе данных Medline опубликовано только четыре подобных клинических наблюдения [3].

Клиническая симптоматика при наличии добавочной селезёнки, как правило, отсутствует, за исключением перекрута её сосудистой ножки либо тромбоцитопении. Поэтому и обнаруживаются они в большинстве наблюдений случайно во время хирургических операций или при КТ брюшной полости. В исследовании S.A.Rashid [4] частота обнаружения добавочной селезёнки при КТ 334 пациентов составила 18,8 %, а О. В. Белик и соавт. [1] среди 257 пациентов, которым была

выполнена КТ брюшной полости, обнаружили добавочную селезёнку у 79 (30,7 %). По данным S.A.Rashid [4], диаметр обнаруженной при КТ добавочной селезёнки варьировал от 3 до 79 мм (в среднем 14,7 мм). В представленном нами наблюдении, несмотря на большие размеры, добавочная селезёнка бессимптомно существовала одновременно с нормальной селезёнкой, а по своим КТ-характеристикам имитировала правостороннюю неорганныю забрюшинную опухоль. Более того, выраженные инфильтративные изменения забрюшинной клетчатки и НПВ, обнаруженные при операции, не вызывали сомнений в злокачественности выявленного патологического образования.

Интерес в нашем наблюдении представляют не только локализация и размер добавочной селезёнки. Обращают на себя внимание и её морфологические особенности: атрофия фолликулов, склероз стромы и сосудов, массивная оссификация. Генез перечисленных изменений в представленном наблюдении связан, наиболее вероятно, с нарушениями кровоснабжения. Добавочные селезёнки имеют «ножку», через которую осуществляется их кровоснабжение, иннервация и лимфоотток. Индивидуальная вариантная анатомия, источники кровоснабжения и иннервации основной и добавочной селезёнок на большом материале были изучены О. В. Белик и соавт. [1]. В нашем наблюдении невозможно дать чёткий ответ о варианте кровоснабжения добавочной селезёнки. Рассматривая её как отделившийся сегмент основного органа, имеющий самостоятельный сосудисто-нервный аппарат, можно только предположить, что склероз стромы и сосудов с последующей атрофией пульпы, множественные очаги некроза

с петрификацией явились следствием сдавления артериальных сосудов или тромбоза венозных стволов «ножки». Резко выраженные склеротические изменения в окружающей жировой клетчатке в определённой степени можно считать подтверждением данного предположения.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Белик О.В., Катеренюк И.М., Спинеи Л.В., Наку В.Е. О добавочной селезёнке // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2010. № 4. С. 31–35 [Belik O.V., Katerenyuk I.M., Spinei L.V., Naku V.E. O dobavochnoi selezenke // Klinichna anatomiya ta operativna khirurgiya. 2010. № 4. P. 31–35].
2. Сорокин А.П., Полянкин Н.Я., Федонюк Я.И. Клиническая морфология селезёнки. М.: Медицина, 1989. 166 с. [Soro-kin A.P., Polyankin N.Ya., Fedonyuk Ya.I. Klinicheskaya morfologiya selezenki. Moscow : Meditsina, 1989. 166 p.].
3. Maharaj R., Ramcharan W., Maharaj P., Greaves W., Warner W. Right sided spleen laying retro-duodenal: a case report and review of the literature // Int. J. Surg. Case Rep. 2016. Vol. 24. P. 37–42.
4. Rashid S.A. Accessory spleen: prevalens and multidetector CT appearance // Malays J. Med. Sci. 2014. Vol. 21, № 4. P. 18–23.
5. Vancauwenberghe T., Snoeckx A., Vanbeckevoort D., Dymarkowski S., Vanhoenacker F. Imaging of the spleen: what the clinician needs to know // Singapore Med. J. 2015. Vol. 56, № 3. P. 133–144.
6. Wacha M., Danis J., Wayand W. Laparoscopic resection of an accessory spleen in a patient with chronic lower abdominal pain // Surg. Endosc. 2002. Vol. 16, № 8. P. 1242–1243.

Поступила в редакцию 31.05.2017 г.

Сведения об авторах:

Бритвин Тимур Альбертович (e-mail: t.britvin@gmail.com), д-р мед наук, руководитель отделения хирургической эндокринологии;
Корсакова Нина Анатольевна (e-mail: nkorsik@bk.ru), канд. мед наук, ведущий научный сотрудник патологоанатомического отделения;
Подрез Дмитрий Васильевич (e-mail: podrez_dima@mail.ru), младший научный сотрудник отделения КТ и МРТ рентгенологического отдела;
Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, 129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2.