

Л.А. Давыдова, А.В. Кубеко, Ю.А. Шедько

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОБРАЗОВАНИЯ ДОБАВОЧНОЙ СЕЛЕЗЁНКИ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Добавочная селезёнка (ДС) — это небольшой фрагмент селезёночной ткани, располагающийся отдельно от материнской селезёнки, встречается у 10-20% пациентов. Постановка диагноза затруднена, так как у большинства пациентов наличие ДС протекает бессимптомно и клинических проявлений не наблюдается. Наиболее информативными методами диагностики являются: УЗИ, КТ, МРТ.

Ключевые слова: *селезёнка, добавочная селезёнка, связки селезёнки, варианты локализации селезёнки.*

L.A. Davydova, A.V. Kubeko, Yu.A. Shedko

THE MAIN MECHANISMS OF THE FORMATION OF AN ADDITIONAL SPLEEN

The accessory spleen (DS) is a small fragment of splenic tissue located separately from the maternal spleen found in 10-20% of patients

Diagnosis is difficult, since in most patients, the presence of DS is asymptomatic and there are no clinical manifestations. The most informative diagnostic methods are ultrasound, CT, MRI

Keywords: *spleen, accessory spleen, splenic ligaments, variants of spleen localization.*

Актуальность. Добавочная доля селезёнки представляет собой небольшой фрагмент селезёночной ткани, расположенный отдельно от основной (материнской) селезёнки. Добавочная селезёнка (ДС) является одним из наиболее частых врождённых пороков, встречающихся у 10-20% пациентов. Учёными определены два основных механизма образования ДС: первый - возникает на этапе эмбриогенеза селезёнки и второй (спленоз) – добавочная селезёнка может стать результатом травматической имплантации клеток селезёнки на соседние органы в результате травмы или операции [1]. Добавочная селезенка состоит из ткани селезенки, которая располагается отдельно от материнской селезенки и имеет собственную капсулу, серозную оболочку, кровоснабжение, иннервацию.

Гистологическое строение дополнительной селезёнки идентично основной (материнской) селезёнке, и она выполняет все её функции. Наличие добавочной селезёнки, как правило, не проявляется клинически, а обнаруживается случайно: в 10-30% на аутопсии, в 10-15% при помощи различных современных методов лучевой диагностики. Чаще всего добавочные селезёнки имеют небольшой размер (от 2 мм до 2 см). По данным литературы у 63% обследуемых пациентов определяется одна ДС, у 20% - две, у 17% - от трёх до 5 и более (Рис. 1) [2].

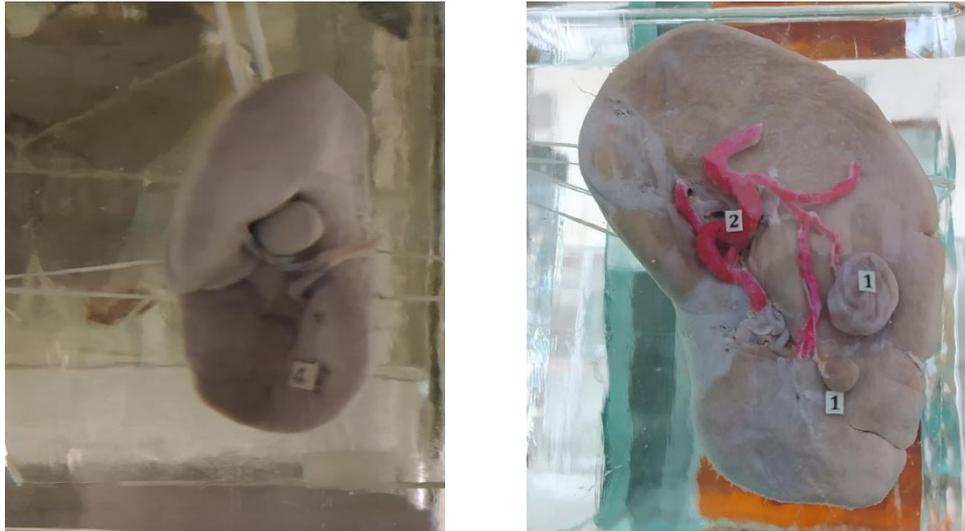


Рис.1. Препараты добавочной селезёнки из коллекции музея кафедры нормальной анатомии БГМУ: а – добавочная селезёнка у ребёнка, б – две добавочные селезёнки у взрослого.

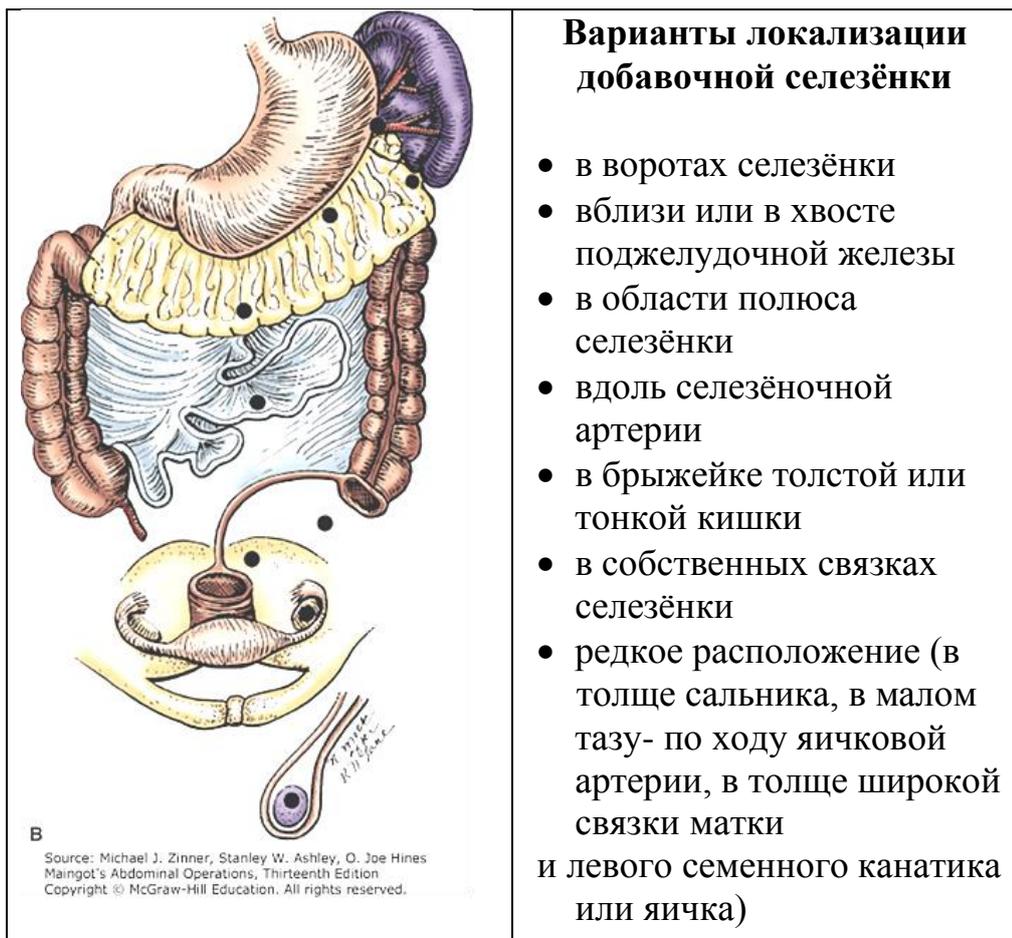


Рис.2. Варианты локализации добавочной селезёнки [3].

В 70 % случаев добавочные селезёнки расположены в области ворот материнской селезёнки, в желудочно-селезёночной и селезёночно-ободочной связках, в 16–20 % — в области хвоста поджелудочной железы. В литературе описаны также и более редкие локализации добавочной селезёнки: такие как спленоренальная связка, большой и малый сальник, брыжейка тонкой кишки, широкая связка матки, в области яичника. При внутримешочной локализации ДС может располагаться у левого яичка, спаиваясь с его белочной оболочкой и придатком яичка. Иногда добавочная селезёнка проникает в паренхиму некоторых органов брюшной полости (печень, поджелудочная железа, стенка желудка и кишечника [1]. (Рис. 2, 3).



Source: Michael J. Zinner, Stanley W. Ashley, O. Joe Hines
Maingot's Abdominal Operations, Thirteenth Edition
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Рис.3. Две небольшие добавочные селезенки в большом сальнике возле материнской селезенки [3].

Постановка диагноза ДС затруднена, так как у большинства пациентов наличие добавочной селезёнки протекает бессимптомно и клинических проявлений не наблюдается. Наиболее информативными методами диагностики являются: радионуклидная сцинтиграфия селезёнки, УЗИ или сонография, диагностическая лапароскопия.

Таким образом, возникновение добавочной селезёнки можно рассматривать как вариант нормы, который может формироваться в результате нарушения механизма слияния эмбриональных закладок селезёночной ткани или является результатом травматической имплантации клеток селезёнки в брюшину, её связки или в толщу соседних органов в результате травмы или операции.

Селезёнка закладывается у зародыша человека в начале второго месяца в виде утолщения мезенхимы в области левой половины дорсальной брыжейки желудка. В последующем количество зародышевых клеток увеличивается, происходит их слияние в единый комплекс, из которого образуется селезёнка. Если несколько зародышевых закладок по разным

причинам не соединяется с основной массой, то они становятся добавочными селезёнками.

Механизм слияния закладок происходит не одномоментно, а по мере продвижения селезёночной ткани влево и вниз в связи с поворотом желудка [4].

По данным литературы селезёнка содержит кровеносные микрососуды уже с момента её закладки. Кровеносные сосуды вырастают в закладку селезёнки у плодов 9-10 недель [5].

На 10-й неделе эмбрионального периода селезёночная ткань вступает в тесное соприкосновение с верхним отделом вольфова тела (мезонефрос). Первичная почка, опускаясь, увлекает за собой часть зародышевой ткани селезёнки. В это же время начинается процесс опускания левой гонады в малый таз. К опускающейся гонаде может присоединиться одна из закладок селезёнки. Таким образом, добавочная селезёнка оказывается в полости малого таза, вблизи яичника (у женщин) или левого яичка (у мужчин) [5].

Цель исследования. Провести анализ литературных данных, касающихся развития, строения, топографо-анатомических и морфофункциональных особенностей добавочной селезёнки. Определить локализацию, форму, размер и частоту встречаемости добавочной селезёнки среди населения Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящего исследования послужили данные, полученные при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости 117 пациентов, обследованных в плановом порядке в УЗ «4-ой городской клинической больницы им. Н.Е. Савченко» г. Минска и результаты 7 протоколов рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) брюшной полости на базе «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» г. Минска.

Среди обследованных 72 мужчин (61,5%) и 45 женщин (38,5%) в возрасте от 22 до 74 лет. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программ «Microsoft Excel 2019».

Результаты исследования. Как правило, наличие добавочной селезёнки носит бессимптомный характер и является случайной находкой при обследовании по поводу сопутствующих заболеваний.

В результате собственного исследования установлено, что добавочная доля селезёнки встречается в 18 случаях и составляет 15,3%. Чаще у мужчин – 72%, и 28% у женщин. У 84% обследованных, определяется одна добавочная доля селезёнки, у 16% - их было две.

Средний размер добавочной селезёнки составил $15,6 \pm 3 \times 14,9 \pm 2,7$ мм, с чёткими, ровными контурами, овальной формы, эхогенность соответствует паренхиме селезёнки (Рис. 4).

Наиболее частая локализация расположения добавочной доли селезёнки определена: в области ворот селезёнки – 13 случаев (72 %); в проекции полюса

селезёнки – 4 случая (22%), и в области хвоста поджелудочной железы – 1 случай (6%).



Рис.4. Добавочная доля селезёнки: а- при УЗИ выявлены гипоехогенные объёмные, овальной формы образования, с чёткими контурами, по эхогенности и эхоструктуре сопоставимые с тканью селезёнки; б – при помощи РКТ определены округлые образования с ровными четкими контурами. Плотность схожа с тканью селезёнки.

Заключение. Добавочная селезёнка нередкая находка при лучевых методах исследования брюшной полости (15,3%). Знание данных фактов имеет большое значение в повседневной медицинской практике, так как наличие их может давать определённые клинические симптомы, например, острый живот при перекручивании или тромбозе их сосудистых ножек или становятся причиной диагностических ошибок, будучи принятыми за онкологическое образование.

В случае выявления при УЗИ объёмного образования в малом тазу и при наличии в анамнезе данных об удалении или травме селезёнки не следует забывать о таком редком, но возможном варианте как спленоз малого таза, а также помнить о том, что добавочная селезёнка может быть врождённой и приобретённой.

Литература

1. Комахидзе, М. Э. Селезёнка / М. Э. Комахидзе ; АН ГССР, Ин-т эксперим. морфологии. – М. : Наука, 1971. – 253 с.
2. Большов, А. В. Хирургия заболеваний селезенки: учеб.-метод. пособие / А. В. Большов, В. Я. Хрыщанович; Белорус. гос. мед. ун-т, 2-я каф. хирург. болезней. – Минск : БГМУ, 2015. – 32 с.
3. Zinner, M. J. Maingot's Abdominal Operations / M. J. Zinner, S. W. Ashley, O. J. Hines. – 13th ed. – McGraw Hill Professional, 2018. – 1504 p.
4. Пэттен, Б. М. Эмбриология человека / Б. М. Пэттен ; пер. с англ. О. Е. Вязова, Б. В. Конюхова ; под ред. Г. А. Шмидта. – Москва : Медгиз, 1959. – 768 с.
5. Петренко, В. М. Эмбриональное развитие селезёнки и левой гонады человека / В. М. Петренко // Междунар. журн. эксперим. образования. – 2017. – № 2. – С. 14.