

УДК 616.411-003.4-07-089

© Є. Д. ХВОРОСТОВ, Л. М. ДУШИК, Н. В. ЧЕРКОВА

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Обґрунтування вибору способу спленектомії при захворюваннях системи крові

YE. D. KHVOROSTOV, L. M. DUSHYK, N. V. CHERKOVA

Kharkiv National University by V. N. Karazin

SUBSTANTIATION OF A CHOICE OF A SPLENECTOMY METHOD AT DISEASES OF BLOOD SYSTEM

Технічні прийоми, що використовуються для виконання доступів при спленектомії, досить добре стандартизовані, відмінності торкаються лише деяких варіабельностей і послідовності хірургічних маніпуляцій. До теперішнього часу дискусія про переваги того або іншого методу спленектомії триває. Робота виконана на підставі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 90 хворих із різними захворюваннями системи крові, що передбачали оперативне лікування. Окрім лабораторної діагностики, особлива увага приділялася анамнезу: тривалості захворювання, гормональній терапії; інструментальним методам дослідження: УЗД органів черевної порожнини і нозологіям комп'ютерної томографії. Для мобілізації селезінки використовували ультразвуковий скальпель, для обробки судинної ніжки застосовували зшиваючий апарат. Аналіз отриманих результатів спленектомії у гематологічних хворих показав, що вибір доступу залежить від багатьох причин, які можна встановити ще до операції. Планування способу спленектомії за сукупними даними УЗД, КТ і використання ультразвукового скальпеля та прошиваючого апарата дозволяє скоротити час операції, зменшити інтраопераційну крововтрату, скоротити число ускладнень, а також уникнути випадків конверсії.

The techniques used to perform the access at splenectomy are well standardized, the differences relate only to some variability and consistency of surgical procedures. So far, the debate about the advantages of a method of splenectomy continues. The objective of the research is to improve the results of surgical treatment of patients with diseases of the blood system by choosing the best way of splenectomy. This work was based on the comprehensive clinical, laboratory and instrumental examination of 90 patients with various diseases of the blood system, demanding surgery. In addition to laboratory diagnosis the particular attention was paid to an anamnesis: duration of the disease, hormone therapy; instrumental methods: ultrasound of the abdomen and computer tomography of nosology. In order to mobilize the spleen there was used an ultrasonic scalpel, for the treatment of vascular peduncle there was used a sewing device. Analysis of the results of splenectomy in hematological patients showed, that the choice of access depends on many factors, which can be set before the operation. Planning method of splenectomy by aggregating data of ultrasound imaging, CT, and the use of ultrasonic scalpel and sewing device allow to reduce the duration of operation, decrease an intraoperative blood loss, reduce complications, and avoid cases of conversion.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Спленектомія є патогенетично обґрунтованим втручанням при спадковій гемолітичній анемії, автоімунній гемолітичній анемії, гіпо- й апластичній анемії, хронічних мієло- і лімфопроліферативних захворюваннях, лімфогранулематозі, ідіопатичній тромбоцитопенічній пурпурі, у хворих із синдромом гіперспленізму, а також при захворюваннях селезінки, що вимагають “уточнення” діагнозу [1]. Спленектомія у гематологічних хворих супроводжується підвищеним ризиком, зумовленим наявністю в більшості випадків порушенням гемостазу [2]. Все це визначає пошук більш щадних методів хірургічних втручань у пацієнтів із захворюваннями системи крові.

У даний час для виконання спленектомії існують різні операційні доступи, з них найширше використовуються верхня середина лапаротомія, косий, кутовий і параректальний операційні доступи. Відомим способом для видалення невеликих селезінки є торакофренотомія. Проте виконання торакофренотомії передбачає руйнування двох анатомічних структур: грудної клітки і діафрагми, що створює в післяопераційному періоді штучні слабкі місця з можливим формуванням у подальшому діафрагмальних гриж [3].

Переваги лапароскопічної спленектомії (ЛСЕ) перед традиційною операцією полягають у малій травматичності, скороченні часу госпіталізації після операції, ранній фізичній активності і незначному кос-

метичному дефекті. Протипоказання до виконання ЛСЕ: абсолютними є портальна гіпертензія і неусувна коагулопатія; відносними – попередні операції на органах черевної порожнини з розвитком спайкового процесу, ожиріння, серцева і/або легенева недостатність, виражена спленомегалія, периспленіт і лімфоїдна інфільтрація ніжки селезінки [4].

Встановлено, що для успішного виконання ЛСЕ необхідні відомості про індивідуальні топографо-анатомічні особливості, зокрема дані про ангіоархітектоніку басейну селезінкової артерії. При цьому саме топографо-анатомічні особливості зони втручання в 3,9–6,7 % випадків служать причиною переходу від ЛСЕ до відкритої операції [5].

Існує спосіб виконання ЛСЕ з емболізацією селезінкової артерії в передопераційному періоді, що приводить до зменшення розмірів її і кровоточивості під час операції. Проте в післяоклюзійному періоді необхідна профілактика запальних ускладнень: абсцесу селезінки, плевропневмонії, гострого панкреатиту, піддіфрагмального абсцесу, сепсису [2].

У даний час робляться спроби сумістити переваги лапароскопічного і відкритого методів спленектомії, що дає можливість не тільки відчувати, але і поліпшити координацію очей і рук, відчуття глибини і тривимірної орієнтації, уникати зайвих рухів, вкорочує час деяких етапів операції. Для виконання таких операцій застосовується пристрій ручного доступу Lap Disc [4].

Використовується також лапароскопічна доповнена спленектомія. Операція починається лапароскопічно з мобілізації селезінки, а основний етап – обробка судинної ніжки селезінки виконується з міні-лапаротомного розрізу завдовжки 4–5 см у лівому підребер'ї з використанням ранорозширювача “міні-асистент” [1]. Проте при виникненні кровотечі даний доступ вимагає певного часу, що збільшує крововтрату і тривалість операції. До сьогоднішніх дискусій про переваги того або іншого методу спленектомії продовжується.

Враховуючи вищевикладене, нами було виконано дослідження, спрямоване на підвищення клінічної ефективності хірургічних втручань при патології селезінки.

Мета роботи: поліпшення результатів хірургічного лікування хворих із захворюваннями системи крові шляхом вибору оптимального способу спленектомії.

Матеріали і методи. Робота виконана на підставі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 90 хворих із різними захворюваннями системи крові, що вимагали оперативного лікування. Оперовано 27 чоловіків і

63 жінки. Вік хворих склав від 10 до 54 років. Аутоімунні гемолітичні анемії виявлені у 16 (17,8 %) хворих, природжені гемолітичні анемії – у 10 (11,1 %), тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа) – у 19 (21,1 %) пацієнтів, апластична анемія – у 5 (5,6 %), лімфома селезінки – у 6 (6,7 %) хворих, лейкози – у 3 (3,3 %), спленомегалія – у 12 (13,5 %) пацієнтів, травми селезінки – у 12 (13,3 %), кісти селезінки – у 7 (7,8 %) хворих. ЛСЕ виконані 13 пацієнтам, лапаротомії – 73, міні-лапаротомії в лівому підребер'ї – 4 пацієнтам із кістами. Показання до ЛСЕ були визначені строго індивідуально після проведеного обстеження і лікування в гематологічному стаціонарі. Представлені спостереження накопичені в клініці хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна на базі хірургічних відділень ДЗ “Дорожня клінічна лікарня ст. Харків” СТГО “Південна залізниця” за період з 2000 до 2011 р. включно.

Окрім лабораторної діагностики, особлива увага приділялася анамнезу: тривалості захворювання, гормональній терапії; інструментальним методам дослідження (УЗД органів черевної порожнини і комп'ютерній томографії (КТ)), а також нозологіям; так, при тромбоцитопенічній пурпурі і апластичних анеміях не спостерігалось спленомегалії. УЗД органів черевної порожнини проводили з використанням апаратів Sonoace 4800 фірм “Medison”, Toshiba Nemio і Philips HDI 4000 в режимі реального часу. Використовували лінійні, секторальні і конвексні датчики з частотою від 2 до 5 МГц, а також доплерівський та енергетичний датчики.

Для вибору способу спленектомії вважали за важливе визначити розміри селезінки, оцінити розташування підшлункової залози відносно воріт селезінки, виявити наявність лімфатичних вузлів у воротах селезінки, а також додаткові селезінки, оскільки інтраопераційно ідентифікувати додаткову селезінкову тканину буває дуже важко. Приділяли увагу ретельному збору анамнезу з метою уточнення тривалості застосування специфічної терапії.

Для мобілізації селезінки використовували ультразвуковий скальпель (УЗС), який знижував вірогідність дистанційного пошкодження органів, включаючи термічні ураження. УЗС забезпечував надійніший гемостаз без застосування додаткових методів гемостазу при діаметрі судин до 3 мм. Для обробки судинної ніжки застосовували прошиваючий апарат EndoGIA-30 (AutoSuture), що не вимагало прецизійного виділення судин.

Таким чином, при плануванні операції всебічно оцінювали чинники, що впливають на технічні можливості виконання хірургічного втручання.

Результати досліджень та їх обговорення.

Аналіз отриманих результатів спленектомії у хворих гематологічного профілю показав, що вибір доступу залежить від багатьох причин, які можна встановити ще до операції за допомогою УЗД і КТ. Так, при тривалому (більше року) застосуванні гормональної терапії при нормальних розмірах селезінки або помірній спленомегаії у 6 пацієнтів з ідіопатичною тромбоцитопенічною пурпурою були встановлені явища периспленіту, виконана традиційна спленектомія, при якій виявлені значні зрощення діафрагмальної поверхні селезінки з діафрагмою і парієтальною очеревиною.

У результаті тривалого приймання гормональних препаратів із приводу автоімунних гемолітичних анемій у хворих розвивається ожиріння, тому в 3 випадках перевагу віддавали лапаротомному доступу і в 1 випадку – при ідіопатичній тромбоцитопенічній пурпурі.

При збільшенні селезінки понад 20 см, незалежно від нозології, виконували традиційну спленектомію; це пов'язано не тільки з неможливим проведенням ендоскопічних маніпуляцій, у зв'язку із зменшенням робочого простору в черевній порожнині, але і розвитком серйозних інтраопераційних ускладнень: масивної кровотечі, пошкодження суміжних органів, імплантації спленоцитів при неминучому ятрогенному пошкодженні капсули селезінки і розвитку спленозу у віддаленому післяопераційному періоді та розвитку рецидиву захворювання.

Незалежно від способу спленектомії селезінку видаляли без фрагментації, через міні-лапаротомний доступ у лівому підребер'ї, з метою подальшого морфологічного і гістохімічного дослідження, для встановлення завершального гематологічного діагнозу. Так, лімфома селезінки виявлена в 6 випадках, що надалі визначило курс проведення хіміотерапії.

Пошкоджені при традиційній спленектомії і при ЛСЕ не спостерігали. Максимальний розмір видаленої селезінки при лапаротомному доступі 30x17x15 см, при ЛСЕ – 12x8x6 см.

Середня тривалість традиційної спленектомії з обробкою судинної ніжки зшиваючим апаратом порівняно з її лігуванням зменшилася на 30–40 хв і склала (110,9±10,3) хв. Така ж тенденція простежувалась і в групах хворих, яким виконувалась ЛСЕ. Середня тривалість операції при використанні зшиваючого апарата склала (90,3±12,3) хв. Аналіз результатів лікування хворих, які перенесли лапаротомну СЕ при мобілізації УЗС порівняно з мобілізацією селезінки за допомогою електроінструментів, показав зменшення середнього об'єму крововтрати на 100–150 мл і склав (133,8±64,8) мл. При вивченні результатів лікування хворих, які перенесли ЛСЕ, також спостерігається тенденція до зменшення крововтрати – до 110,8±74,5.

Післяопераційний період у хворих різних груп перебігав без ускладнень. Летальних результатів у жодній групі хворих не спостерігали. Випадків конверсії не було, що можна пояснити можливістю об'єктивного доопераційного планування, в результаті якого у випадках, несприятливих для лапароскопічного втручання, ухвалено рішення про виконання відкритої спленектомії.

Таким чином, планований лапаротомний доступ є альтернативою конверсії при ЛСЕ.

Висновки. 1. Використання УЗД і КТ відіграє важливу роль при плануванні способу спленектомії, що дозволяє уникнути випадків конверсії.

2. Поєднане застосування УЗС і прошиваючого апарата дозволяє скоротити час операції, зменшити інтраопераційну крововтрату, скоротити число ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Мансуров Ю. В. Лапароскопически дополненная спленэктомия в лечении гематологических больных / Ю. В. Мансуров, М. И. Прудков, В. А. Шалаев // Омский научный вестник. – 2003. – № Прил. 1. – С. 41–43.
 2. Эндоскопическая окклюзия селезенки у больных наследственной сфероцитарной гемолитической анемией и идиопатической тромбоцитопенической пурпурой / Ю. Я. Поляев, Т. А. Гассан, Н. С. Сметанина [и др.] // Гематол. и трансфузиол. – 2008. – Т. 53, № 1. – С. 5–11.
 3. Шавлохов В. С. Спленэктомия трансторакальным досту-

пом / В. С. Шавлохов // Гематология и трансфузиология. – 2007. – Т. 52, № 5. – С. 50–54.
 4. Шутов С. А. Лапароскопическая комбинированная спленэктомия / С. А. Шутов, А. В. Гржимоловский, С. Р. Карагюлян // Материалы Всероссийского научного форума “Хирургия 2005”. 31 октября – 3 ноября 2005. – М., 2005. – С. 205.
 5. Laparoscopic accessory splenectomy for recurrent idiopathic thrombocytopenic purpura / Y. U. Choi, E. P. Dominguez, V. Sherman, J. F. Sweeney // JSLS. – 2008. – Vol. 12 (3). – P. 314–317.

Отримано 07.07.11