

УДК 616.411 –089.87–089.819

ВИКОРИСТАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ СПЛЕНЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕЛЕЗІНКИ

В. О. Кисельов, А. М. Гурь'єв, О. В. Береговий, В. Є. Грєпачєвський, Д. О. Бонь, В. М. Шолох

*Одеський національний медичний університет,
Дорожня лікарня Одеської залізниці*

APPLICATION OF LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY IN THE TREATMENT OF SURGICAL DISEASES OF THE SPLEEN

V. O. Kyselyov, A. M. Guryev, O. V. Beregoviy, V. E. Grepachevskiy, D. O. Bohn, V. M. Sholokh

РЕФЕРАТ

З жовтня 2007 р. лапароскопічна спленектомія виконана у 16 хворих, в тому числі з приводу тромбоцитопенічної пурпури — у 6, спленомегалії — у 4, гемолітичної мікросфероцитарної анемії — у 2, ехінококових кіст селезінки — у 2, непаразитарних кіст селезінки — у 2. Лапароскопічна спленектомія у чистому вигляді здійснена у 6 хворих, мануально асистована лапароскопічна спленектомія з використанням системи Pneumo Sleeve (фірми Dexterity), а також оригінального пневморукава власної конструкції — у 10. Тривалість операції від 110 до 220 хв. Тривалість лікування хворих у стаціонарі після операції від 2 до 4 днів. Перший досвід виконання лапароскопічної спленектомії свідчить про можливість успішного використання методу при різних хірургічних захворюваннях селезінки.

Ключові слова: хвороби селезінки; хірургічне лікування; ендоскопічна спленектомія.

SUMMARY

From October 2007 laparoscopic splenectomy (LS) was performed in 16 patients, including for thrombocytopenic purpura — in 6, splenomegaly — in 4, hemolytic microsphaerocytosis anemia — in 2, echinococcal splenic cysts — in 2, nonparasitic splenic cysts — in 2. LS solely was performed in 6 patients, while a manually assisted LS, using Pneumo Sleeve (the Dexterity firm) system, as well as original pneumosleeve of own design — in 10. The operation duration was from 110 to 220 min. The stationary postoperative treatment duration have had constituted 2 — 4 days. The first experience of LS conduction witnesses the possibility of successful application of the method in various surgical diseases of the spleen.

Key words: diseases of spleen; surgical treatment; endoscopic splenectomy.

Лапароскопічна спленектомія є новою і не до кінця відпрацьованою операцією [1–4]. Не обґрунтовані показання і протипоказання до використання різних модифікацій лапароскопічної спленектомії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З жовтня 2007 р. лапароскопічна спленектомія виконана у 16 пацієнтів з приводу хірургічних захворювань селезінки. Чоловіків було 10, жінок — 6, вік хворих від 19 до 58 років. Показаннями до здійснення лапароскопічної спленектомії були: тромбоцитопенічна пурпура — у 6 хворих, спленомегалія, зумовлена тромбозом селезінкової вени і цирозом печінки — у 4, гемолітична мікросфероцитарна анемія — у 2, ехінококові кісти селезінки — у 2, непаразитарні кісти селезінки — у 2. Операції виконували за двома методами: лапароскопічна спленектомія в чистому вигляді (у 6 хворих) і мануально асистована лапароскопічна спленектомія з використанням системи Pneumo Sleeve (фірми Dexterity), а також оригінального пневморукава власної конструкції (у 10).

Використовували апаратуру фірми "Martin", інструменти ендоскопічних фірм "Karl Storz", "Ethicon" і "Auto Suture".

Операції виконували під ендотрахеальним наркозом. Положення хворого на операційному столі та оперативна техніка значно відрізнялися від таких за відкритої спленектомії, коли спочатку мобілізували селезінку, а потім — здійснювали маніпуляції на судинах. Під час лапароскопічної спленектомії втручання виконували у зворотному порядку.

Положення хворого лежачи на правому боці з піднятим головним кінцем і відведеною назад лівою верхньою кінцівкою. Під плечі і таз хворого підклали валики, щоб тіло перебувало у косому, піднятому на 45° положенні. Хірург ставав праворуч від хворого, перший асистент — ліворуч. Після накладення пневмоперитонеуму зліва по середньоключичній лінії дещо нижче рівня пупка вводили перший троакар. Через нього заводили лапароскоп, оглядали черевну по-

рожнину і визначали оптимальні точки для введення троакарів. Другий троакар діаметром 12 мм вводили в лівій підреберній ділянці на рівні пупка. Додатковий третій троакар для введення ретрактора може бути встановлений нижче реберної дуги в лівій підреберній ділянці. Перебуваючи праворуч від пацієнта під час мануально асистованої спленектомії, хірург здійснював мінілапаротомію по середній лінії одразу вище пупка (довжина розрізу 4–5 см). Навколо лапаротомного розрізу приклеювали спеціальне кільце і встановлювали пневмураку. Ліву руку хірург вводив у черевну порожнину. При цьому лапароскоп можна встановити через перший або другий троакар, що залежить від розмірів селезінки і можливостей чіткої візуалізації шлунка, коротких судин і селезінки.

Спочатку пересікали короткі шлункові судини між великою кривиною шлунка і селезінкою з використанням біполярної коагуляції або шляхом кліпування судин, пересікали селезінково—ободову зв'язку, виділяли нижній кінець селезінки, пересікали діафрагмально—селезінкову зв'язку, що дозволяло мобілізувати селезінку і виділити її судинну ніжку. Пальцями хірург обережно виділяв артерію і вени селезінки і пересікав їх за допомогою ендоскопічного лінійного степлера (у 7 хворих). У 9 хворих здійснювали кліпування і лігування магістральних судин селезінки нитками, що не розсмоктуються (Ethibond, Ethilon, Polyester 3–0, 2–0) з інтра— або екстракорпоральним зав'язуванням вузлів. Після цього пересікали ніжку селезінки ендожиціями. Оглядали кукси судин для виключення можливої кровотечі. Селезінку видаляли через мінірозріз передньої черевної стінки. У черевну порожнину встановлювали дренаж до ложа селезінки.

У 6 пацієнтів за невеликої селезінки і відсутності вираженого спайкового процесу спленектомію виконали в чисто лапароскопічному варіанті. Етапи операції аналогічні таким при мануально асистованому втручанні. Видалену селезінку вміщали в ендоскопічний мішок, фрагментували і через розширений до 2–3 см троакарний прокол у лівій підреберній ділянці видаляли з черевної порожнини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після операції їсти дозволяли на 2–гу добу. Хворих виписували через 2–4 доби. Перед виписуванням проводили контрольне дослідження активності амілази і ліпази, підвищення якої свідчило про травмування хвоста підшлункової залози, а також визначали показники червоної крові і кількість тромбоцитів за умови виконання спленектомії з приводу гематологічних захворювань.

Під час виконання операції та у ранньому післяопераційному періоді у 3 хворих виникла кровотеча, у 2 — при видаленні магістральних судин ніжки селезінки, в 1 — при пересіченні коротких судин шлун-

ка. В одного хворого при пораненні селезінкової вени перейшли до лапаротомії, в інших — кровотеча припинена лапароскопічно з використанням біполярної електрокоагуляції або лігування судин. В одного хворого після операції виник реактивний панкреатит, що оцінено як наслідок "неделікатного" впливу коагуляції під час виділення коротких судин шлунка. Інших тяжких інтра— і післяопераційних ускладнень не спостерігали.

Тривалість операції від 110 до 220 хв, у середньому (158 ± 23) хв. Тривалість лікування хворого у стаціонарі після операції від 2 до 4 днів, у середньому (2,7 ± 1,2) дня.

Важливим чинником, що впливає на результат оперативного лікування, вважаємо адекватну передопераційну підготовку, особливо у хворих при тромбоцитопенії, використанні стероїдних гормонів і гемостатиків. Це дозволяє зменшити до мінімуму кровоточивість з дрібних судин під час виділення селезінки з спайок, а також при пересіченні селезінкових зв'язок.

Суттєвим є вибір методу лапароскопічної спленектомії. На нашу думку, виконання лапароскопічної спленектомії у чистому вигляді показане при максимальному розмірі селезінки 15–18 см, а також незначній вираженості спайкового процесу в зоні операції. За цих умов при адекватній передопераційній підготовці хворих хірургічне втручання можна виконати лапароскопічно, а селезінку видалити з черевної порожнини після її фрагментування в ендомішку. В інших ситуаціях показане виконання мануально асистованої операції.

Пересічення судинної ніжки селезінки з використанням ендостеплера значно підвищує вартість оперативного втручання. Альтернативою може бути дбайливе виділення великих магістральних судин, їх роздільне кліпування або лігування з використанням шовного матеріалу, що не розсмоктується, з екстра— або інтракорпоральним зав'язуванням вузлів з подальшим пересіченням ніжки селезінки в її воротах.

Перший досвід виконання лапароскопічної спленектомії свідчить про можливість успішного використання методу при різних хірургічних захворюваннях селезінки. Важливою перевагою у порівнянні з відкритим втручанням є мала травматичність операції, менша частота ускладнень і тривалість періоду реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kathhoda N. Advanced laparoscopic surgery. Techniques and tips / N. Kathhoda. — London: W. B. Saunders Ltd., 1998. — 188 p.
2. Laparoscopic versus open splenectomy for immune thrombocytopenic purpura / D. I. Watson, B. J. Coventry, T. Chin [et al.] // *Surgery*. — 1997. — Vol. 121, N 1. — P. 18 – 22.
3. Diaz J. A case-controlled study of laparoscopic splenectomy / J. Diaz, M. Eisenstat, R. Chung // *Am. J. Surg.* — 1997. — Vol. 173, N 4. — P. 348 – 350.
4. Comparative analysis of laparoscopic versus open splenectomy / L. M. Brunt, J. C. Langer, M. A. Quasebarth [et al.] // *Ibid.* — 1996. — Vol. 172, N 5. — P. 596 – 599.