

УДК 616.411-003.4-07-089

Л.Н. Душик

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

ВЫБОР МЕТОДА СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование 99 больных с различными заболеваниями системы крови, требовавшими оперативного лечения. Помимо лабораторной диагностики особое внимание уделялось анамнезу: длительности заболевания, гормональной терапии; инструментальным методам исследования: УЗИ органов брюшной полости и компьютерной томографии; нозологиям. Для мобилизации селезенки использовали ультразвуковой скальпель, для обработки сосудистой ножки – сшивающий аппарат. Показано, что выбор доступа при спленэктомии у гематологических больных зависит от многих причин, которые можно установить еще до операции. Планирование способа спленэктомии по совокупным данным УЗИ, компьютерной томографии и использование ультразвукового скальпеля и прошивающего аппарата во время операции позволяют избежать осложнений, а также случаев конверсии.

Ключевые слова: *предоперационное планирование, прошивающий аппарат, спленэктомия, ультразвуковой скальпель.*

Спленэктомия является патогенетически обоснованным вмешательством при наследственной и аутоиммунной гемолитических анемиях, гипо- и апластической анемиях, хронических миело- и лимфопролиферативных заболеваниях, лимфогранулематозе, идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, у больных с синдромом гиперспленизма, а также при заболеваниях селезенки, требующих уточнения диагноза [1].

Спленэктомия у гематологических больных сопровождается повышенным риском, обусловленным в большинстве случаев нарушением гемостаза [2]. Все это определяет поиск более щадящих методов хирургических вмешательств у пациентов с заболеваниями системы крови.

В настоящее время для выполнения спленэктомии существуют различные операционные доступы, из них наиболее широко используются верхняя срединная лапаротомия, косой, угловой и параректальный операционные доступы [3].

Преимущества лапароскопической спленэктомии (ЛСЭ) перед традиционной опе-

рацией заключаются в малой травматичности, сокращении времени госпитализации после операции, ранней физической активности и незначительном косметическом дефекте. Противопоказания к выполнению ЛСЭ следующие: абсолютными являются портальная гипертензия и неустраняемая коагулопатия; относительными – предшествующие операции на органах брюшной полости с развитием спаечного процесса, ожирение, сердечная и/или легочная недостаточность, выраженная спленомегалия, периспленит и лимфоидная инфильтрация ножки селезенки [4]. Установлено, что для успешного выполнения ЛСЭ необходимы сведения об индивидуальных топографо-анатомических особенностях, в том числе об ангиоархитектонике бассейна селезеночной артерии. При этом именно топографо-анатомические особенности зоны вмешательства в 3,9–6,7 % случаев служат причиной перехода от ЛСЭ к открытой операции [5].

В настоящее время предпринимаются попытки совместить преимущества лапароскопического и открытого методов выпол-

© Л.Н. Душик, 2015

нения спленэктомии, что дает возможность не только осязать, но и улучшать координацию глаз и рук, ощущение глубины и трехмерной ориентации, избегать ненужных движений, укорачивать время некоторых этапов операции. Для выполнения таких операций используется приспособление ручного доступа Lap Disc [4].

До настоящего времени дискуссия о преимуществах того или иного метода спленэктомии продолжается. В связи с этим нами было выполнено исследование, направленное на повышение клинической эффективности хирургических вмешательств при патологии селезенки.

Материал и методы. Проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 99 больных с различными заболеваниями системы крови, требовавшими оперативного лечения. Прооперированы 43 мужчины и 56 женщин. Возраст больных составил от 18 до 64 лет. Анемии выявлены у 31 (32,0 %) пациента, из них аутоиммунные гемолитические – у 18 больных, врожденные гемолитические – у 9, апластические – у 4; тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) определялась у 28 (28,9 %) больных; спленомегалии (лимфома селезенки) – у 40 (39,8 %).

Традиционная спленэктомия выполнена 82 пациентам, ЛСЭ – 17. Показания к спленэктомии были определены строго индивидуально после обследования и лечения в гематологическом стационаре.

Представленные наблюдения накоплены в клинике хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина на базе хирургического отделения ДЗ «Дорожная клиническая больница ст. Харьков» СТГО «Южная железная дорога» за период с 2000 по 2015 г. включительно.

Помимо лабораторной диагностики особое внимание уделялось анамнезу: длительности заболевания, гормональной терапии; инструментальным методам исследования: УЗИ органов брюшной полости и компьютерной томографии (КТ), а также нозологиям, так, при тромбоцитопенической пурпуре и апластических анемиях не наблюдалось спленомегалии.

УЗИ органов брюшной полости проводили с использованием аппаратов Sonoace

4800 фирмы «Medison», Toshiba Nemio и Philips HDI 4000 в режиме реального времени. Использовали линейные, секторальные и конвексный датчики с частотой от 2 до 5 МГц, а также доплеровский и энергетический датчики.

При выборе способа спленэктомии считали важным определить размеры селезенки, оценить расположение поджелудочной железы по отношению к воротам селезенки, выявить наличие лимфатических узлов в воротах селезенки, а также обнаружить добавочные селезенки, так как интраоперационно идентифицировать добавочную селезеночную ткань бывает очень трудно. Уделяли внимание тщательному сбору анамнеза в целях уточнения длительности приема специфической терапии.

Для мобилизации селезенки использовали ультразвуковой скальпель (УЗС), при этом снижалась вероятность дистанционного повреждения органов, включая термические поражения. УЗС обеспечивает более надежный, чем электрокоагуляция, гемостаз без применения дополнительных методов гемостаза при диаметре сосудов до 3 мм. Для обработки сосудистой ножки применяли сшивающий аппарат EndoGIA-30 (AutoSuture), что не требовало прецизионного выделения сосудов.

Таким образом, при планировании операции всесторонне оценивали факторы, оказывающие влияние на технические возможности выполнения хирургического вмешательства.

Результаты исследований. Согласно полученным результатам спленэктомии у больных гематологического профиля выбор доступа зависит от многих причин, которые можно установить еще до операции при помощи УЗИ и КТ. Так, при длительном (больше года) приеме гормональной терапии при нормальных размерах селезенки или умеренной спленомегалии у 6 пациентов с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой были установлены явления периспленита, была выполнена традиционная спленэктомия, при которой выявлены значительные сращения диафрагмальной поверхности селезенки с диафрагмой и паритетальной брюшиной.

В результате длительного приема гормональных препаратов по поводу аутоим-

мунных гемолитических анемий у больных развивается ожирение, поэтому в 3 случаях предпочтение отдавали лапаротомному доступу.

При увеличении селезенки более 20 см независимо от нозологии выполняли традиционную спленэктомию, это связано не только с невозможным проведением эндохирургических манипуляций в связи с уменьшением рабочего пространства в брюшной полости, но и с развитием серьезных интраоперационных осложнений: массивного кровотечения, повреждения смежных органов, имплантации спленоцитов при неизбежном ятрогенном повреждении капсулы селезенки, а также с развитием спленоза в отдаленном послеоперационном периоде и развитием рецидива заболевания.

Если на дооперационном этапе была выявлена лимфоидная инфильтрация сосудистой ножки селезенки при лимфомах селезенки, также выполняли традиционную спленэктомию.

Независимо от способа спленэктомии селезенку извлекали без фрагментирования в целях дальнейшего морфологического и гистохимического исследования для постановки заключительного гематологического диагноза.

Осложнений и летальных исходов при традиционной спленэктомии и ЛСЭ не наблюдалось.

Максимальный размер удаленной селезенки при лапаротомном доступе – 30×17×15 см, при ЛСЭ – 12×8×6 см.

Обсуждение результатов исследования.

При анализе частоты применения традиционной спленэктомии и ЛСЭ было установлено, что лапароскопическую спленэктомию

чаще, чем традиционную, выполняли больным с иммунной тромбоцитопенией. Объяснить это можно тем, что при выполнении традиционной спленэктомии размер селезенки значения не имеет, а при удалении селезенки лапароскопическим путем размер ее являлся одним из решающих факторов к применению ЛСЭ. У больных иммунной тромбоцитопенией практически не бывает выраженной спленомегалии, что определяет безопасность применения лапароскопической спленэктомии у больных данной группы.

Случаев конверсии не было, что можно объяснить возможностью объективного дооперационного планирования, в результате которого в неблагоприятных для лапароскопического вмешательства случаях было принято решение о выполнении открытой спленэктомии.

Таким образом, планированный лапаротомный доступ является альтернативой конверсии при ЛСЭ.

Отсутствие осложнений и летальных исходов при спленэктомии у гематологических больных свидетельствует об эффективности использования УЗС и сшивающего аппарата EndoGIA-30 (AutoSuture) для мобилизации селезенки.

Выводы

1. Использование ультразвукового исследования и компьютерной томографии играет важную роль при планировании способа спленэктомии, что позволяет избежать случаев конверсии.

2. Сочетанное применение ультразвукового скальпеля и прошивающего аппарата при выполнении спленэктомии позволяет избежать осложнений.

Список литературы

1. Удаление селезенки при спленомегалии у гематологических больных / М. А. Силаев, С. Р. Карагюлян, В. С. Шавлохов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2012. – № 8. – С. 55–59.
2. Спленэктомия при массивной и гигантской спленомегалии / М. А. Силаев, С. Р. Карагюлян, А. Ю. Буланов [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2011. – Т. 56, № 1. – С. 6–10.
3. Джулакян У. Л. Лимфоцитома селезенки (лимфома из клеток маргинальной зоны селезенки): диагностика, лечение : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.01.21 «Гематология и переливание крови» / У. Л. Джулакян. – М., 2011. – 28 с.
4. Cripps M. Hand-assisted laparoscopy for wandering spleen / M. Cripps, J. Svahn // Surg. Endosc. – 2011. – V. 25, № 1. – P. 312.
5. Ying C. Effects of different tissue loads on high power ultrasonic surgery scalpel / C. Ying, Z. Zhaoying, Z. Ganghua // Ultrasound. Med. Biol. – 2006. – V. 32, № 3. – P. 415–420.

Л.М. Душик

ВИБІР МЕТОДУ СПЛЕНЕКТОМІЇ ПРИ ГЕМАТОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 99 хворих з різними захворюваннями системи крові, що потребували оперативного лікування. Крім лабораторної діагностики особлива увага приділялась анамнезу: тривалості захворювання, гормональній терапії; інструментальним методам дослідження: УЗД органів черевної порожнини та комп'ютерній томографії; нозологіям. Для мобілізації селезінки використовували ультразвуковий скальпель, для обробки судинної ніжки – прошиваючий апарат. Показано, що вибір доступу при спленектомії у гематологічних хворих залежить від багатьох причин, які можливо виявити ще до операції. Планування способу спленектомії за сукупними даними УЗД, комп'ютерної томографії та використання ультразвукового скальпеля та прошиваючого апарата під час операції дозволяють уникнути ускладнень, а також випадків конверсії.

Ключові слова: *передопераційне планування, прошиваючий апарат, спленектомія, ультразвуковий скальпель.*

L.N. Dushik

THE CHOICE OF SPLENECTOMY METHOD AT HEMATOLOGICAL DISEASES

The complex clinical-laboratory and instrumental examination of 99 patients with various diseases of the blood system demanding the surgery has been carry into effect. In addition to the laboratory diagnosis the attention was paid to the anamnesis: the duration of the disease, hormone replacement therapy; instrumental studies: ultrasound of the abdomen, and computer tomography; nosology. In order to mobilize the spleen using an ultrasonic scalpel, for the treatment of vascular pedicle used suturing device. It is shown, that the choice of access during splenectomy in hematological patients depends on many factors, which can be set before the operation. Planning method of splenectomy combined ultrasound, computer tomography and the use of ultrasonic scalpel and suturing device during surgery to avoid complications, as well as cases of conversion.

Key words: *preoperative planning, suturing device, splenectomy, ultrasonic scalpel.*

Поступила 19.05.15