



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62136

(13) C2

(51) МПК (2006)

A61B 17/12

A61B 17/3205 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ СУБТОТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ СЕЛЕЗІНКИ (ВАРІАНТИ)

1

(21) 20021210513

(22) 24.12.2002

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Євстахевич Ігор Йосипович, Фецич Тарас Григорович, Євстахевич Юрій Львович, Інденко Федір Павлович, Інденко Віталій Федорович, Логінський Володимир Євстахович, Семерак Максим Михайлович, Гриньків Тарас Михайлович, Новак Василь Леонідович

(73) ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ КРОВІ ТА ТРАНСФУЗІЙНОЇ МЕДИЦИНИ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ, Євстахевич Ігор Йосипович, Фецич Тарас Григорович, Євстахевич Юрій Львович, Інденко Федір Павлович, Інденко Віталій Федорович, Логінський Володимир Євстахович, Семерак Максим Михайлович, Гриньків Тарас Михайлович, Новак Василь Леонідович

(56) RU C1 2145802, 27.02.2000

SU A1 1752355, 07.08.1992

(57) 1. Спосіб субтотальної резекції селезінки, що передбачає збереження фрагмента селезінки на живильних судинах, які проходять в товстокишково-селезінковій зв'язці у хворих на рак проксимального відділу шлунка, який характеризується тим,

2

що після завершення лімфаденектомії вздовж селезінкової артерії проводять її перев'язку разом із веною в хвостовій частині підшлункової залози, судини в товстокишково-селезінковій зв'язці зберігають, а резектовану частину селезінки видаляють одним блоком з заочеревинними лімфовузлами, резекцію селезінки проводять на 1-2 см вище демаркаційної лінії, в частині з візуально відсутнім кровоплином, кровотечу в зрізі кукси селезінки зупиняють прошиванням атравматичним кетгутом (4-0), куксу не перитонізують для кращої її регенерації.

2. Спосіб субтотальної резекції селезінки, що передбачає збереження фрагмента селезінки на живильних судинах, які проходять в шлунково-селезінковій зв'язці у хворих на мієлофіброз, який характеризується тим, що мобілізацію селезінки проводять від нижнього полюса, поетапно пересікаючи всі її зв'язки, крім шлунково-селезінкової, де проходять судини до верхнього полюса, селезінку виводять в рану і після перев'язки магістральних судин та їх гілок виконують субтотальну резекцію на 2 см нижче лінії демаркації, в зоні відсутності кровоплину, куксу селезінки не перитонізують.

Винахід належить до медицини, а саме до загальної хірургії і полягає у збереженні частини (верхнього або нижнього полюсу) імунологічно важливого органу - селезінки у функціонально активному стані. Видалення селезінки (аспленічний стан) часто ускладнюється розвитком неподоланої постспленектомічної інфекції (OPSI - синдрому) [1, 2, 3]. Спосіб може бути застосований у хворих на рак проксимального відділу шлунка та мієлофіброз з мієлоїдною метаплазією (МММ). Звичайно при гастректомії з приводу рака проксимального відділу шлунка виконується спленектомія, зрідка автотрансплантація селезінкової тканини. Доцільно у всіх випадках при гастректомії зберігати нижній полюс селезінки з живильними судинами. Гігантська спленомегалія при МММ є показом до спленектомії, проте збереження частки селезінкової тка-

нини у цих хворих необхідне як джерело екстаемдулярного кровотворення, що може бути вирішене шляхом залишення верхнього полюсу селезінки на коротких судинах від дна шлунка.

Найближчим аналогом є всі способи автотрансплантації селезінкової тканини, проте основним їх недоліком є безпосередня повна відсутність функції селезінки в період "проростання автотрансплантів" і тим самим великий ризик виникнення запально-інфекційних ускладнень у хворих в післяопераційному періоді.

Завданням винаходу є розробка такого способу резекції селезінки, який можна було б провести при гастректомії з приводу рака проксимального відділу шлунка та у хворих з МММ і спленомегалією, максимально зберігаючи функцію селезінкової тканини.

(13) C2

(11) 62136

(19) UA

Поставлена задача виконується таким чином, що при оперативних втручаннях у хворих на рак проксимального відділу шлунка при гастректомії зберігаються судини, що живлять нижній полюс селезінки, а у хворих на MMM - судини, які живлять верхній полюс, що відповідає приблизно 1/5 частини селезінки.

Оперативні втручання проводять наступним чином. У хворих на рак проксимального відділу шлунка виконується серединна лапаротомія, а при необхідності - через торакоабдомінальний доступ. Під час операції, після завершення лімфаденектомії вздовж селезінкової артерії проводиться її перев'язка разом із веною в хвостовій частині підшлункової залози. Судини в товстокишково-селезінковій зв'язці зберігаються, а резекована частина селезінки видаляється одним блоком з заочеревинними лімфовузлами. Резекція селезінки проводиться на 1-2см вище демаркаційної лінії, в частині з візуально відсутнім кровоплином. Кровотеча в зрізі кукси селезінки зупиняється прошиванням атравматичним кетгутом (4-0), кукса не перетонізується для кращої її регенерації. Таким способом прооперовано 3 хворих.

Приклад 1

Пацієнт Н., 59 років Медична карта №3449 стаціонарного хворого. Поступив в клініку 15.08.2000 року з раком шлунка. При обстеженні діагноз підтверджено. Оперовано 21.08.2000 року. Виявлено рак субкардіального відділу шлунка, T₄N₁M₀, з проростанням в шлунково-селезінкову зв'язку та верхній полюс селезінки. Виконано гастректомію, субтотальну резекцію селезінки. Гістологія №24350 від 21.08.2001 року - недиференційована аденокарцинома, P₄, метастазування в п'ять лімфовузлів.

Післяопераційний перебіг гладкий. В задовільному стані виписано на 10 добу перебування в клініці. При сонографічному обстеженні, напередодні виписки, визначався фрагмент селезінки біля лівого згину ободової кишки із збереженням судинного кровоплину.

У хворих на мієлофіброз виконується верхня серединна лапаротомія. Мобілізація селезінки проводиться від нижнього полюсу, поетапно пересікаючи всі її зв'язки, крім шлунково-селезінкової, де проходять судини до нижнього полюсу селезінки. Селезінка виводиться в рану і після перев'язки магістральних судин та їх гілок виконується субто-

тальна резекція, аналогічно як у хворих при гастректомії, на 2см нижче лінії демаркації, в зоні відсутності кровоплину. Кукса селезінки теж не перитонізується.

Приклад 2

Пацієнтка Т., 50 років. Поступила в клініку 13 листопада 2000 року, медична карта №9678 стаціонарного хворого. При обстеженні у хворої підтверджено діагноз мієлофіброзу з мієлоїдною метоплазією, спленомегалією. Операцію виконано 07.12.2000р.: верхня середня серединна лапаротомія, селезінка розмірами 40×25×16см, масою - 2300 грам. Пересічено селезінково-ободову і неповністю - діафрагмально-селезінкову зв'язки (крім верхнього полюсу). Селезінку виведено в рану. Поступово перев'язано та пересічено судини селезінки, крім коротких від дна шлунка. Виконано субтотальну резекцію селезінки - залишено біля 200г селезінкової тканини на коротких судинах від дна шлунка. Виконано гемостаз в зрізі кукси селезінки атравматичним кетгутом (3-0). До кукси селезінки підведено 3 дренажні трубки, які виведено через окремий отвір в лівому підребер'ї. Пошарово зашито черевну порожнину.

В післяопераційному періоді ускладнень не було. Хвора виписана на 12 добу після операції. На контрольній сонографії візуалізується фрагмент селезінки.

Таким способом прооперовано 2 хворих. Післяопераційний період протікав гладко, без ускладнень. Дренажні трубки з лівого піддіафрагмального простору видалялися на 3-4-у добу. У всіх хворих при виписці проводилося сонографічне обстеження: візуалізувався залишений фрагмент селезінки із судинним кровоплином.

Всі пацієнти спостерігаються 2 роки і більше. У жодному випадку не спостерігалось виникнення важких інфекційно-запальних процесів.

Джерела інформації:

1. Павловський М.П., Чуклін С.М. Селезінка. Анатомія, фізіологія, імунологія, актуальні проблеми хірургії. - Львів: Стіп, Такса прінт, 1996. - С.679.
2. Rudowski W.J., Pawelski S.J. Surgery of the Spleen. - Warsaw, Poland, 1987.-330p.
3. Uranus S. Current spleen surgery. - Munich: W.Zuckschwerdt Publishers, 1991.-100p.