



УКРАЇНА

(19) UA (11) 67420 (13) U  
(51) МПК (2012.01)  
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ СПЛЕНЕКТОМІЇ

1

2

(21) u201107113

(22) 06.06.2011

(24) 27.02.2012

(46) 27.02.2012, Бюл. № 4, 2012 р.

(72) ХВОРОСТОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ, ГРИНЬОВ  
РОМАН МИКОЛАЙОВИЧ, ДУШИК ЛЮДМИЛА МИ-  
КОЛАЇВНА(73) ХВОРОСТОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ, ГРИНЬОВ  
РОМАН МИКОЛАЙОВИЧ, ДУШИК ЛЮДМИЛА МИ-  
КОЛАЇВНА

(57) Спосіб спленектомії, що включає розсічення шкіри, підшкірної клітковини, апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, розсування м'язів в лівому підребер'ї, лапароскопічну мобілізацію селезінки і обробку судинної ніжки, який **відрізняється** тим, що розсічення шкіри, підшкірної клітковини, апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, розсування м'язів виконують до лапароскопічної мобілізації селезінки зі збереженням цілісності очеревини, а обробку судинної ніжки виконують при герметичній черевній порожнині.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії системи крові.

Спленектомія у гематологічних хворих супроводжується підвищеним ризиком, що обумовлене наявністю в більшості випадків порушення гемостазу. Одним з грізних ускладнень є інтраопераційні кровотечі. Все це спонукає до пошуку більш ощадних методів хірургічних втручань у пацієнтів з захворюваннями системи крові.

В теперішній час для виконання спленектомії існують різні операційні доступи, із них найбільш широко використовується верхня середина лапаротомія, косий, кутовий та параректальний операційні доступи. При використанні лапаротомних доступів число післяопераційних ускладнень, за даними різних статистик, коливається від 20 до 60 %.

Відомим способом для видалення невеликих селезінок є торакофренотомія. Число ускладнень при цьому доступі знижується в 2-3 рази [1].

Однак виконання торакофренотомії передбачає пошкодження двох анатомічних структур: грудної клітини та діафрагми замість однієї при лапаротомії, що утворює в післяопераційному періоді штучні слабкі місця з можливим формуванням в подальшому діафрагмальних гриж.

Останнім часом використовують лапароскопічну комбіновану спленектомію, сенс якої полягає в тому, що на першому етапі оперативного доступу виконується верхньо-середина лапаротомія для імплантації пристрою ручного доступу Hand Port з використанням Lap Disc. За допомогою цієї техніки

надійніше контролювати кровотечу під час операції. У випадку пошкодження великої судини оператор може затиснути його пальцями[2].

Недоліком способу є те, що він передбачає використання дорогих допоміжних пристроїв.

Існує спосіб виконання лапароскопічної спленектомії з емболізацією селезінкової артерії в передопераційному періоді з метою виключення селезінки з кровообігу, що призводить до зменшення розмірів її та кровоточивості під час операції [3].

Однак в післяоклюзійному періоді необхідна профілактика запальних ускладнень та ретельний нагляд за хворими. Характер ускладнень може бути різноманітним: абсцес селезінки, плевропневмонія, гострий панкреатит, піддіафрагмальний абсцес, сепсис.

Найбільш близьким до заявленого способу є лапароскопічна спленектомія. Операція розпочинається лапароскопічно з мобілізації селезінки, далі виконується мінілапаротомний розтин (розсічення шкіри, підшкірної клітковини, апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, розсування м'язів та розсічення очеревини) довжиною 4-5 см в лівому підребер'ї з використанням ранорозширювача "Міні-Асистент", після чого виконується основний етап - обробка судинної ніжки селезінки [4].

Недоліком способу є те, що при виникненні кровотечі необхідно виконати мінілапаротомію, що потребує тривалого часу і отже збільшує крововтрату та тривалість операції.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити відомий спосіб лапароскопічної

(13) U  
(11) 67420  
(19) UA

спленектомії шляхом зміни тактики доступу на початковому етапі, і таким чином скоротити час операції і зменшити крововтрату.

Поставлена задача вирішується тим, що в відомому способі лапароскопічної спленектомії, який включає лапароскопічну мобілізацію селезінки, розсічення шкіри, підшкірної клітковини, апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота, розсування м'язів та розсічення очеревини в лівому підребер'ї і обробку судинної ніжки, згідно з корисною моделлю, розсічення шкіри, підшкірної клітковини, апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота та розсування м'язів виконують до лапароскопічної мобілізації селезінки зі збереженням цілісності очеревини, а обробку судинної ніжки виконують при герметичній черевній порожнині.

При виникненні кровотечі тактика, що пропонується, дає можливість миттєвої конверсії для зупинки кровотечі тільки розсікаючи очеревину, не втрачаючи часу на лапаротомію, що зменшує тривалість операції і крововтрату. Це є важливим у пацієнтів, що мають зміни в системі гемостазу, що на фоні анемії представляє реальну загрозу для життя хворого. Крім того, цей доступ використовується для видалення селезінки цілком з черевної порожнини, для подальшого морфологічного дослідження.

Спосіб здійснюється таким чином.

Під час виконання лапароскопічної спленектомії, до введення троакарів в черевну порожнину, в лівому підребер'ї виконують розтин шкіри до 4-5 см, підшкірної клітковини, апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота, м'язи тупо розсувають до очеревини так, щоб не пошкодити її, потім виконують лапароскопічну мобілізацію селезінки зі збереженням цілісності очеревини. Обробку судинної ніжки виконують при герметичній черевній порожнині, після чого розсікають очеревину і видаляють селезінку.

Приклад. Хвора М., 54 років. Медична карта стаціонарного хворого №3125. Діагноз: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура. Була прийнята до клініки зі скаргами на поліморфний висип в області передньої черевної стінки, передньої поверхні стегон, геморагічні висипання на слизовій оболонці порожнини рота. Пацієнтка обстежена у гематологів, виставлено вище зазначений діагноз, протягом року отримувала преднізолон в дозі 1 мг на кг, без ефекту. Направлена для спленектомії. При виконанні УЗД черевної порожнини - селезінка розміром 12×6 см. В клінічному аналізі крові  $Tr100 \times 10^9$ .

Другої патології не виявлено. Операція. Після загального знеболення та обробки операційного поля, в лівому підребер'ї розсічена шкіра до 4-5 см, підшкірна клітковина, апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота, м'язи розсунуті до очеревини. В подальшому за допомогою голки Вереша наклали карбоксиперитонеум, потім введений перший троакар в точці на 1 см нижче пупка. Проведена через порт відеосистема, оглянута черевна порожнина, уточнені розміри та положення селезінки. Введені три інших інструменти під візуальним контролем. Виконана мобілізація селезінки за допомогою ультразвукового скальпеля "Harmonic Scalpel. Ultracision" (Ethicon, США). Ніжка селезінки пересічена лінійним степлером EndoGIA-30 (AutoSuture). Селезінка видалена з черевної порожнини цілою в пластиковому мішку через раніше підготовлений доступ, попередньо розсікши очеревину. Мінілапаротомна рана пошарово зашита. Після відновлення карбоксиперитонеуму, виконана ревізія ложа селезінки та черевної порожнини, установлений трубчатий дренаж в лівий піддіафрагмальний простір. Післяопераційний період протікав без ускладнень, на 6 добу пацієнтка виписана з стаціонару.

Всього було виконано 13 операцій з застосуванням заявленого способу. У всіх випадках крововтрат та інших ускладнень не спостерігалось.

Джерела інформації:

1. Шавлохов В.С. и др. Спленэктомия трансторакальным доступом // Гематология и трансфузиология/ М-во здравоохранения Рос. Федерации. - 2007. - Т. 52. - № 5. - С. 50-54.

2. Шутов С.А. Лапароскопическая комбинированная спленэктомия / С.А. Шутов, А.В. Гржимовский, СР. Карагулян // Материалы Всероссийского научного форума "Хирургия 2005". 31 октября - 3 ноября 2005. - М., 2005. - С. 205.

3. Поляев Ю.Я. Эндоваскулярная окклюзия селезенки у больных наследственной сфероцитарной гемолитической анемией и идиопатической тромбоцитопенической пурпурой / Ю.Я. Поляев, Т.А. Гассан, Н.С. Сметанина, А.А. Мыльников, А.В. Мосин, А.И. Голенищев, Р.В. Гарбузов, СВ. Щенев // Гематол. и трансфузиол., 2008. - т. 53. - № 1. - С. 5-11.

4. Мансуров Ю.В., М.И. Прудков, В.А. Шалаев 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.