



УКРАЇНА

(19) UA (11) 34587 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/04

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ З БОКУ МОБІЛЬНОЇ СЕЛЕЗІНКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВРОДЖЕНИХ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ

1

2

(21) u200804999

(22) 18.04.2008

(24) 11.08.2008

(46) 11.08.2008, Бюл.№ 15, 2008 р.

(72) КРИВЧЕНЯ ДАНИЛО ЮЛІАНОВИЧ, UA, ПРИ-
ТУЛА ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, UA, КСЬОНЗ ІГОР
ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, ФАЙЗУЛЛАХ СAEД ХУ-
СЕІНІ, UA, РУДЕНКО ЄВГЕН ОЛЕГОВИЧ, UA(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA(57) Спосіб профілактики ускладнень з боку мобі-
льної селезінки при хірургічному лікуванні вродже-

них діафрагмальних гриж, що включає лапарото-
мію, евентрацію грижового вмісту, зашивання
дефекту діафрагми та вправлення грижового вмі-
сту в черевну порожнину, який **відрізняється** тим,
що одночасно з зашиванням дефекту діафрагми
до латерального краю дефекту підшивають верх-
ній полюс судинної ніжки селезінки, а до медаль-
ного краю - нижній полюс судинної ніжки селезінки,
забезпечуючи фіксацію її у лівому верхньому ква-
дранті черевної порожнини.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до хірургії, і призначена для профілактики
ускладнень з боку мобільної селезінки при хірургі-
чному лікуванні вроджених діафрагмальних гриж.

Вроджена діафрагмальна грижа є вадю роз-
витку, яка проявляється зміщенням органів черев-
ної порожнини, в тому числі і селезінки, через де-
фект діафрагми в порожнину грудної клітки. Ця
вада зустрічається часто (1:2000 пологів), прояв-
ляється з народження. Її основними клінічними
ознаками є симптоми легенево-серцевої недоста-
тності. Єдиним ефективним методом лікування
вроджених діафрагмальних гриж є хірургічний.
Сутність операції полягає в тому, що проводять
лапаротомію, евентрують грижовий вміст, заши-
вають дефект діафрагми та вправляють грижовий
вміст в черевну порожнину. Проте, вроджена діа-
фрагмальна грижа завжди супроводжується мобі-
льною селезінкою, через що в післяопераційному
періоді часто виникають такі тяжкі ускладнення, як
заворот мобільної селезінки та вторинні морфо-
функціональні зміни шлунково-кишкового тракту,
пов'язані з цим: порушення виходу зі шлунку, роз-
ширення шлунку, шлунково-стравохідний реф-
люкс, стеноз стравоходу, тощо. Раптовий заворот
мобільної селезінки є найтяжчим ускладненням і
може призвести до клінічної картини гострого жи-
вота і створити загрозливі для життя стани - ін-

фаркт селезінки, флеботромбоз, гангрена, абсцес
селезінки або розрив її з досить високою летальні-
стю - більше 50% [1].

Основним недоліком існуючих операцій при лі-
куванні вроджених діафрагмальних гриж є усклад-
нення з боку мобільної селезінки з розтягненням її
зв'язкового апарату, які за певних умов призводять
до летальності. Вони виникають через невраху-
вання таких вагомих аспектів цієї патології, як на-
явність супутньої мобільної селезінки.

Так, відомий спосіб профілактики ускладнень з
боку мобільної селезінки при хірургічному лікуван-
ні вроджених діафрагмальних гриж, згідно з яким
першим етапом виконують лапаротомію, евентра-
цію грижового вмісту, зашивання дефекту діафра-
гми та вправлення грижового вмісту в черевну
порожнину. Другим етапом (як повторну операцію
з приводу появи ускладнень з боку мобільної се-
лезінки) виконують спленопексію [2]. Недоліком
такого способу є необхідність виконання повторної
операції. До того ж, жоден з відомих способів
спленопексії не гарантує від ускладнень з боку
мобільної селезінки, зокрема від появи її завороту.

Операцій, спрямованих на одночасну хірургіч-
ну корекцію діафрагмальної грижі та профілактику
ускладнень з боку мобільної селезінки, в літерату-
рі не описано.

(13) U

(11) 34587

(19) UA

Корисна модель, що заявляється, вирішує задачу підвищення ефективності хірургічного лікування вроджених діафрагмальних гриж за рахунок забезпечення умов, які запобігають ускладненням з боку мобільної селезінки шляхом її інтраопераційної фіксації до діафрагми в зоні зашивання дефекту діафрагми.

Отриманий технічний результат зводиться до зниження частоти розвитку таких післяопераційних ускладнень, як заворот мобільної селезінки та пов'язані з ним вторинні морфо-функціональні зміни шлунково-кишкового тракту (порушення виходу зі шлунку, розширення шлунку, шлунково-стравохідний рефлюкс, стеноз стравоходу, тощо) при хірургічному лікуванні вроджених діафрагмальних гриж.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі профілактики ускладнень з боку мобільної селезінки при хірургічному лікуванні вроджених діафрагмальних гриж, що включає лапаротомію, евентрацію грижового вмісту, зашивання дефекту діафрагми та вправлення грижового вмісту в черевну порожнину, згідно корисної моделі, одночасно з зашиванням дефекту діафрагми до латерального краю дефекту підшивають верхній полюс судинної ніжки селезінки, а до медіального краю - нижній полюс судинної ніжки селезінки, забезпечуючи її фіксацію у лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

Відмінними ознаками корисної моделі, що заявляється, є виконання симультанної операції - пластики дефекту діафрагми та спленопексії шляхом фіксації мобільної селезінки до діафрагми швами, якими зашивають діафрагмальний дефект, що запобігає появі ускладнень з боку мобільної селезінки. Зашивання дефекту діафрагми з одночасним захопленням в шов зв'язок селезінки забезпечує не тільки фіксацію селезінки у лівому верхньому квадранті черевної порожнини, а й закріплює шви на діафрагмі, попереджаючи їх можливе прорізування і вірогідний рецидив діафрагмальної грижі.

Саме ці технічні особливості запобігають появі можливих післяопераційних ускладнень, таких як перекут мобільної селезінки та пов'язані з ним вторинні морфо-функціональні зміни шлунково-кишкового тракту (порушення виходу зі шлунку, розширення шлунку, шлунково-стравохідний рефлюкс, стеноз стравоходу, тощо) при хірургічному лікуванні вроджених діафрагмальних гриж. Новизна полягає в оптимізації хірургічного втручання шляхом врахування анатомо-фізіологічних особливостей мобільної селезінки при цій патології. За доступними літературними даними такий спосіб профілактики ускладнень з боку мобільної селезінки при хірургічному лікуванні вроджених діафрагмальних гриж невідомий.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Лапаротомним доступом розкривають черевну порожнину. Після евентрації органів черевної порожнини із грижових воріт по краях дефекту діафрагми накладають П-подібні шви. Одночасно при зашиванні дефекту діафрагми, крайньою латеральною лігатурою підшивають верхній полюс судинної ніжки селезінки, крайньою медіальною ліга-

турою підшивають нижній полюс судинної ніжки селезінки та проводять її фіксацію у лівому верхньому квадранті черевної порожнини. Дренують плевральну порожнину. Після цього занурюють в черевну порожнину евентровані органи, а лапаротомну рану пошарово зашивають.

Приклад конкретного втілення

Хворий С., вік 2 місяці, 10.09.2006р. поступив до відділення торако-абдомінальної хірургії лікарні «Охматдит» з ознаками задихи, яка проявлялася як у спокої, так і при фізичному навантаженні, кашлем і періодичним блюванням. Хвороба проявилася з одномісячного віку, коли вперше захворів бронхопневмонією. За даними оглядової рентгенографії виявлено лівобічну вроджену діафрагмальну грижу.

23.09.2006р. виконана операція. Провели середню лапаротомію. При ревізії виявлено, що в лівій половині грудної клітки знаходиться вся тонка кишка, висхідна та поперечна ободова кишка, сальник та селезінка. Дефект в діафрагмі розміром 4×5см. Дефект діафрагми зашито П-подібними швами лавсановими нитками. Одночасно, при зашиванні дефекту діафрагми, до крайньої латеральної лігатури підшили верхній полюс судинної ніжки селезінки, а до крайньої медіальної лігатури - нижній полюс судинної ніжки селезінки. Таким чином селезінку було зафіксовано у лівому верхньому квадранті черевної порожнини. Після дренирування плевральної порожнини вправили евентровані органи черевної порожнини та зашили лапаротомну рану.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Через 14 днів після операції виписаний додому. При контрольному огляді через 2, 6 і 12 місяців після хірургічного втручання виявлено, що хлопчик добре розвивається, селезінка має вікові розміри та ехоструктуру, знаходиться у лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

В клініці дитячої хірургії НМУ з 2006 до 2008 року проведено 6 операцій за способом, що заявляється, для профілактики завороту мобільної селезінки при лікуванні вроджених діафрагмальних гриж.

Подальші спостереження строком до 6 років після операції показали, що у всіх пацієнтів досягнуті добрі функціональні результати. Діти добре розвиваються, селезінка у них має вікові розміри та ехоструктуру, знаходиться у лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

Аналіз результатів 32 операцій, виконаних іншими способами протягом 15 минулих років показав, що у 30 (93,8%) пацієнтів в післяопераційному періоді спостерігалися ознаки мобільної селезінки. В одного із них в післяопераційному періоді виявлено заворот селезінки з флеботромбозом, що змусило провести спленектомію. У іншого хворого мобільна селезінка через локалізацію її в ділянці пілоричної частини шлунку стала причиною порушення виходу з нього, розширення шлунку та шлунково-стравохідного рефлюкса. Цій дитині було проведено повторну операцію спленопексії у лівому верхньому квадранті з фіксацією верхнього полюсу селезінки до великої кривизни шлунку та передньо-латеральної черевної стінки.

Таким чином, завдяки одночасній корекції вродженої діафрагмальної грижі та фіксації мобільної селезінки до місця зашивання дефекту діафрагми запропонованим способом, різко падає частота завороту селезінки в післяопераційному періоді.

Список літератури:

1. Moran J.C., Shah U., Singer J.A. Spontaneous rupture of a wandering spleen: Case report and literature review //Curr. Surg. -2003. -Vol.60. -P.310-312.

2. El-Mauhoub M., Baloch R., Seghal K.C. Wandering spleen in an infant //Indian. J. Pediatr. -1989. -Vol.56. -P.293-296.