



УКРАЇНА

(19) UA (11) 25725 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/22

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТИ СЕЛЕЗІНКИ

1

2

(21) u200613996

(22) 28.12.2006

(24) 27.08.2007

(46) 27.08.2007, Бюл. № 13, 2007 р.

(72) Кривченя Данило Юліанович, Притула Василь Петрович, Ксьонз Ігор Володимирович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування кісти селезінки, що включає лапаротомію, пункцію кісти селезінки, відсмоктування її вмісту, санацію та розсічення

стілки кісти, який **відрізняється** тим, що після лапаротомії мобілізують уражену ділянку селезінки та вручну віджимають її паренхіму в бік воріт селезінки, по лінії передбачуваного відсічення ураженої ділянки селезінки підводять лінійний зшивальний апарат і, поступово стискаючи браншами апарата паренхіму селезінки, прошивають її та відсікають уражену ділянку селезінки, відступивши на 1 см від лінії гемостатичного шва по передній і задній поверхнях.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і призначена для хірургічного лікування кісти селезінки.

Кіста селезінки відносяться до досить рідкісної патології. Частота цієї патології досягає 1% від усіх захворювань селезінки [1].

Лікування кісти селезінки може бути тільки хірургічним. Без хірургічного лікування можливий прогресуючий ріст кісти, її інфікування, розрив кісти або селезінки з кровотечею та втратою органа.

Селезінка є одним із основних імункомпетентних органів, що володіє фагоцитарною активністю та виконує функцію утворення специфічних і неспецифічних антитіл. Вона розглядається як бактеріальний фільтр крові, що відіграє важливу роль у боротьбі з інфекціями. Крім того, селезінка є основним органом, який елімінує із кровотоку пошкоджені еритроцити, лейкоцити, тромбоцити та чужерідні елементи. Цей орган приймає участь у процесі згортання крові, виробляючи фактор VIII згортання. Тому, у пацієнтів, які втратили орган, існує значний пожиттєвий ризик тяжких інфекційних захворювань і розвитку дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Летальність в такому стані досягає 50%, не дивлячись на інтенсивні лікувальні заходи [2].

Відомий спосіб хірургічного лікування кісти селезінки, при якому проводять лапаротомію та видаляють селезінку разом із кістою [3]. Основним недоліком такої операції є втрата органу зі всіма можливими наслідками в такій ситуації.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є операція, при якій після лапаротомії, проводять пункцію кісти селезінки, відсмоктують її вміст, санують, розсікають стінки кісти та відсікають їх по лінії переходу кісти на паренхіму селезінки [4]. Після такої операції зберігається селезінка. Проте даний спосіб не запобігає можливому рецидиву кісти в селезінці, що в наступному призводить до її росту, інфікування, розриву кісти або селезінки з кровотечею та втратою органа.

Корисна модель, що заявляється, вирішує задачу вдосконалення способу хірургічного лікування кісти селезінки, забезпечуючи збереження селезінки за рахунок створення умов для видалення частини цього органу з ділянкою його ураження шляхом зниження кровопостачання в місці локалізації кісти, зменшення об'єму селезінки та накладання надійного механічного гемостатичного шва.

Отриманий технічний результат зводиться до зниження частоти післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні кісти селезінки.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі хірургічного лікування кісти селезінки, що включає лапаротомію, пункцію кісти селезінки, відсмоктування її вмісту, санацію та розсічення стінки кісти, згідно корисної моделі, після лапаротомії мобілізують уражену ділянку селезінки та вручну віджимають її паренхіму в бік воріт селезінки, по лінії передбачуваного відсічення ураженої ділянки селезінки підводять лінійний зшивальний апарат і, поступово стискаючи бран-

UA
(13)

25725
(11)

UA
(19)

шами апарата паренхіму селезінки, прошивають її та відсікають уражену ділянку селезінки, відступивши на 1 см від лінії гемостатичного шва по передній і задній поверхнях.

Відмінними ознаками корисної моделі, що заважається, є видалення частини селезінки з ділянкою його ураження, яке досягається зниженням кровопостачання в місці локалізації кісти, зменшенням об'єму селезінки та накладанням надійного механічного гемостатичного шва. Для цього мобілізують сегмент селезінки, де локалізується кіста, обережно руками віджимають решту паренхіми селезінки в бік її воріт, по лінії передбачуваного відсічення підводять лінійний зшивальний апарат та, парціально стискаючи браншами апарата паренхіму селезінки, прошивають її. Після того відсікають уражену ділянку селезінки, відступивши на 1 см від лінії шва по передній і задній поверхні. Саме ці технічні особливості запобігають зниженню частоти післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні кісти селезінки. Новизна полягає в оптимізації хірургічного втручання за рахунок врахування анатомо-фізіологічних особливостей селезінки при цій патології. За доступними літературними даними такий спосіб хірургічного лікування кісти селезінки невідомий.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Після верхньо-середньої лапаротомії проводять ревізію органів черевної порожнини. Виявивши кісту в селезінці, уточнюють її сегментарну локалізацію. Для більш легкого виведення селезінки разом із кістою в лапаротомну рану мобілізують тільки той сегмент селезінки, де локалізована кіста. Пересіченням зв'язки, яка фіксує уражену частину селезінки, зменшують її кровопостачання і полегшують її виведення в лапаротомну рану.

Потім пунктують кісту та відсмоктують її вміст вазофіксом. Відсмоктавши вміст кісти, проводять санацію кісти. З цією метою в порожнину кісти вводять 3-10 мл (в залежності від об'єму кісти) 10% спиртового розчину йоду на 7 хвилин. Відсмоктують його, вводять таку ж кількість 96% розчину етилового спирту на 7 хвилин.

Широко розкривають кісту, розсікши її стінки. Повторно санають її порожнину.

По лінії передбачуваного відсічення методом віджимання зменшують об'єм паренхіми і підводять лінійний зшивальний апарат. Парціально стискаючи бранші апарата, прошивають паренхіму селезінки. Після того відсікають уражену ділянку селезінки, відступивши на 1 см по передній і задній поверхнях, бо саме така відстань від лінії бранш необхідна для досягнення повного гемостазу по лінії механічного шва. Після того знімають зшивальний апарат, перевіряють герметичність накладеного шва. У випадку недостатнього гемостазу в цій ділянці додатково накладають "П"-шви ниткою, яка не розсмоктується, з використанням країв рани як біологічної прокладки.

Повторно контролюють гемостаз в місці втручання.

До місця селезінки проводять дренаж із поліхлорвінілової трубки разом із широкою смужкою хірургічної рукавиці. Дренаж фіксують до шкіри. Лапаротомну рану зашивають пошарово.

Приклад:

Дитина К., 8 років (історія хв. №400/235/462) поступила 22.03.2000 року в клініку дитячої хірургії НМУ зі скаргами на періодичні колючі болі в лівій половині живота. В чотирьохрічному віці під час амбулаторного обстеження з приводу подібних болів у животі на ультрасонографії виявлено кісту верхнього полюса селезінки до 20 мм в діаметрі. Протягом наступних 4-х років дане кістозне утворення збільшувалося в об'ємі до діаметру 50 мм, болі посилювались, особливо при фізичних навантаженнях.

При поступленні в клініку на ультрасонографії відмічено, що у верхньому сегменті селезінки наявне утворення діаметром 51 мм з чіткими нерівними контурами, анехогенним вмістом, що має ультразвукові ознаки кісти.

У дитини встановлено клінічний діагноз: Кіста верхнього сегмента селезінки.

30.03.2000 року проведено операцію - лапаротомію, резекцію верхнього сегмента селезінки. Під час операції після верхньо-середньої лапаротомії та ревізії органів черевної порожнини виявлено кісту у верхньому сегменті селезінки. Було частково мобілізовано селезінку з пересіченням шлунково-селезінкової зв'язки та поздовжнім розсіченням парієтальної очеревини. Далі проведено пункцію, санацію та резекцію ураженої частини селезінки запропонованим способом.

Післяопераційний період протікав гладко. Через 10 днів після операції дитина в задовільному стані виписана додому.

При контрольному огляді через 3, 6, 12 і 18 місяців у пацієнта ні скарг, ні клінічних ознак інфекційно-септичних захворювань та порушення згортальної функції крові немає. Росте і розвивається згідно віку.

У клініках кафедри дитячої хірургії НМУ ім. О.О. Богомольця з 1981 до 2006 року нами проліковано 43 дітей у з кістою селезінки за способом, що заявляється. Спостереження у віддаленому періоді від 3 місяців до 16 років показали, що всі пацієнти живі, у жодного з них не було інфекційно-септичних захворювань чи ознак порушення згортальної функції крові. Протягом цього часу діти добре розвивалися.

За способом-прототипом ми не лікували кісту селезінки у своїх пацієнтів. За літературними даними у кожного четвертого прооперованого пацієнта спостерігались інфекційно-септичні ускладнення.

Таким чином, завдяки збереженню селезінки після видалення частини цього органу з ділянкою його кістозного ураження знижується частота післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні кісти селезінки. Це дозволяє знизити інвалідизацію пацієнтів з цією тяжкою патологією, зберегти життя та відновити повноцінну активність у суспільстві.

Список літератури

1. Тимербулатов МБ., Хасанов АГ., Фаязов Р.Р., Каюмов Ф.А. Органосохраняющая и минимальная хирургия селезенки. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 224с.

2. Апарцин К.А. Хирургическая профилактика и патогенетически обоснованные способы коррекции постспленэктомического гипоспленизма // Бюллетень СО РАМН. -2001. - №2. - С.63-66.

3. Павловський М.П., Чуклін СМ. Селезінка. Анатомія, фізіологія, імунологія, актуальні проблеми хірургії. - Львів, 1996. - 92с.

4. Williams R.J., Glazer G. Splenic cysts: changes in diagnosis, treatment and aetiological concepts // Ann. R. Coll. Surg. Engl. - 1993. - Vol.75, No2. - P.87-89.