



УКРАЇНА

(19) UA (11) 34993 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/04

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МОБІЛЬНОЇ СЕЛЕЗІНКИ ПРИ СПРАВЖНІЙ ДІАФРАГМАЛЬНІЙ ГРИЖІ

1

2

(21) u200804996

(22) 18.04.2008

(24) 26.08.2008

(46) 26.08.2008, Бюл.№ 16, 2008 р.

(72) КРИВЧЕНЯ ДАНИЛО ЮЛІАНОВИЧ, UA, ПРИ-
ТУЛА ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, UA, КСЬОНЗ ІГОР
ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, ФАЙЗУЛЛАХ САЕД ХУ-
СЕІНІ, UA, РУДЕНКО ЄВГЕН ОЛЕГОВИЧ, UA
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб лікування мобільної селезінки при справжній діафрагмальній грижі, що включає торакотомію, діафрагмотомію, вправлення грижового вмісту в черевну порожнину та зашивання дефекту діафрагми, який **відрізняється** тим, що після діафрагмотомії на розтягнуту шлунково-селезінкову зв'язку накладають П-подібний гофруючий шов і підшивають до лівої трикутної зв'язки печінки, забезпечуючи фіксацію селезінки у лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до хірургії, і призначена для лікування мобільної селезінки при справжній діафрагмальній грижі.

Справжня діафрагмальна грижа є одним із видів вродженої діафрагмальної грижі, яка проявляється зміщенням органів черевної порожнини, в тому числі і селезінки, через релаксовану або стоншену діафрагму в порожнину грудної клітки. Ця вада зустрічається часто (1:2000 пологів), проявляється з народження, її основними клінічними ознаками є симптоми легенево-серцевої недостатності. Єдиним ефективним методом лікування справжньої діафрагмальної грижі є хірургічний. Сутність операції полягає в тому, що проводять торакотомію, діафрагмотомію, грижовий вміст вправляють в черевну порожнину і зашивають дефект діафрагми.

Проте, при вродженій діафрагмальній грижі, справжній включно, завжди має місце мобільна (або блукаюча) селезінка, через що в післяопераційному періоді часто виникають тяжкі ускладнення, такі як заворот селезінки та пов'язані з цим вторинні морфо-функціональні зміни шлунково-кишкового тракту: порушення виходу зі шлунку, розширення шлунку, шлунково-стравохідний рефлюкс, стеноз стравоходу, тощо. Раптовий заворот селезінки є найтяжчим ускладненням і може призвести до клінічної картини гострого живота, аж до таких загрозливих для життя станів, як інфаркт селезінки, флегстромбоз, гангрена, абсцес селезінки або її розрив з досить високою летальністю - більше 50% [1].

Основним недоліком існуючих операцій є неврахування таких вагомих аспектів цієї патології, як наявність супутньої мобільної селезінки, з розтягненням її зв'язкового апарату, які за певних умов призводять до летальності від появи ускладнень мобільної селезінки.

Так, відомий спосіб лікування мобільної селезінки при справжній діафрагмальній грижі, згідно з яким першим етапом виконують торакотомію, діафрагмотомію, вправлення грижового вмісту в черевну порожнину та зашивання дефекту діафрагми. Другим етапом (як повторну операцію з приводу появи ускладнень з боку мобільної селезінки) 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.

Заходів, спрямованих на одночасну хірургічну корекцію справжньої діафрагмальної грижі та профілактику ускладнень мобільної селезінки в літературі не описано.

Корисна модель, що заявляється, вирішує задачу підвищення ефективності хірургічного лікування справжньої діафрагмальної грижі за рахунок забезпечення умов, які запобігають появі ускладнень з боку мобільної селезінки шляхом одночасного укорочення шлунково-селезінкової зв'язки та зашивання її з лівою трикутною зв'язкою печінки при корекції справжньої діафрагмальної грижі.

Отриманий технічний результат зводиться до зниження частоти розвитку післяопераційних ускладнень, таких як заворот селезінки та пов'яза-

UA (19) 34993 (11) U (13)

ні з цим вторинні морфо-функціональні зміни шлунково-кишкового тракту (порушення виходу зі шлунку, розширення шлунку, шлунково-стравохідний рефлюкс, стеноз стравоходу, тощо) при хірургічному лікуванні справжньої діафрагмальної грижі.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі лікування мобільної селезінки при справжній діафрагмальній грижі, що включає торакотомію, діафрагмотомію, вправлення грижового вмісту в черевну порожнину та зашивання дефекту діафрагми, згідно корисної моделі, після діафрагмотомії на розтягнуту шлунково-селезінкову зв'язку накладають П-подібний гофруючий шов та підшивають її до лівої трикутної зв'язки печінки, забезпечуючи фіксацію селезінки у лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

Відмінними ознаками корисної моделі, що заявляється, є симультанне з пластикою дефекту діафрагми виконання спленопексії. Це досягається шляхом одночасного накладання П-подібного гофруючого шва на розтягнуту шлунково-селезінкову зв'язку та підшивання її до лівої трикутної зв'язки печінки та дозволяє уникнути ускладнень з боку мобільної селезінки. Накладання П-подібного гофруючого шва на розтягнуту шлунково-селезінкову зв'язку укорочує її довжину, а зшивання її з лівою трикутною зв'язкою печінки забезпечує фіксацію селезінки у лівому верхньому квадранті черевної порожнини. Крім того, зшивання шлунково-селезінкової зв'язки та лівої трикутної зв'язки печінки, які є однорідними тканинами, забезпечує більшу надійність спленопексії.

Саме ці технічні особливості запобігають появі можливих післяопераційних ускладнень, таких 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 справжніх діафрагмальних гриж. Новизна полягає в оптимізації хірургічного втручання шляхом врахування анатомо-фізіологічних особливостей мобільної селезінки при цій патології. За доступними літературними даними такий спосіб лікування мобільної селезінки при справжній діафрагмальній грижі невідомий.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Доступом по VIII міжребір'ю на стороні діафрагмальної грижі виконують бокову торакотомію. Після діафрагмотомії проводять ревізію грижового вмісту, який вправляють в черевну порожнину. Накладають П-подібний гофруючий шов на розтягнуту шлунково-селезінкову зв'язку, яку підшивають до лівої трикутної зв'язки печінки, забезпечуючи фіксацію селезінки у лівому верхньому квадранті черевної порожнини. Після цього зашивають дефект діафрагми, дренують плевральну порожнину і закривають торакотомну рану.

Приклад конкретного втілення.

Хворий Д., 5 років, 10.03.2007р. поступив до відділення торакоабдомінальної хірургії лікарні «Охматдит» зі скаргами на задуху, яка проявлялася в спокої та при фізичному навантаженні, кашель і періодичне блювання. Хвороба проявилася

з народження, коли вперше захворів бронхопневмонією. За даними оглядової рентгенографії у триденному віці виявлено лівобічну вроджену справжню діафрагмальну грижу. Протягом 5-ти років знаходився під диспансерним спостереженням.

15.03.2007р. виконана операція. Провели широку бокову торакотомію по VIII міжребір'ю зліва. При ревізії виявлено, що лівий купол діафрагми стоншений, розтягнутий. Після діафрагмотомії виявили, що в грижовому мішку знаходиться тонка кишка, висхідна та поперечна ободова кишка, сальник і селезінка. Грижовий вміст вправили в черевну порожнину. Наклали П-подібний гофруючий шов на розтягнуту шлунково-селезінкову зв'язку, яку підшили до лівої трикутної зв'язки печінки, забезпечивши цим самим фіксацію селезінки у лівому верхньому квадранті черевної порожнини. Після цього зашили дефект діафрагми, дренували плевральну порожнину і закрили торакотомну 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 вікових розмірів та ехоструктури, знаходиться у лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

В клініці дитячої хірургії НМУ з 2002 до 2008 року за способом, що заявляється, проведено 5 операцій з приводу мобільної селезінки при справжній діафрагмальній грижі. Подальші спостереження строком до 6 років після операції показали, що у всіх пацієнтів досягнуті добрі функціональні результати. Діти добре розвиваються, селезінка у них вікових розмірів та ехоструктури, знаходиться у лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

Аналіз результатів 25 операцій, виконаних за способом-прототипом протягом 15 минутих років, показав, що у 20 (80,0%) пацієнтів зі справжньою діафрагмальною грижею в післяопераційному періоді спостерігалися ознаки мобільної селезінки. В одного з них в післяопераційному періоді виявлено мобільну селезінку, локалізація якої в ділянці пілоричної частини шлунку стала причиною порушення виходу з нього, розширення шлунку та шлунково-стравохідного рефлюкса. Цій дитині було проведено повторну операцію спленопексію у лівому верхньому квадранті з фіксацією верхнього полюсу селезінки до великої кривизни шлунку та передньо-латеральної черевної стінки.

Таким чином, завдяки одночасному укороченню шлунково-селезінкової зв'язки та зшиванні її з лівою трикутною зв'язкою печінки при корекції справжньої діафрагмальної грижі запропонованим способом, різко падає частота її завороту 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.

