

ТАКТИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТРАВМЕ СЕЛЕЗЕНКИ

В. В. Ганжий, Н. С. Кравец

Запорожский государственный медицинский университет

TACTICS OF ORGANPRESERVING INTERVENTIONS FOR SPLENIC RUPTURE

V. V. Ganzhiy, N. S. Kravets

В структуре травмы органов брюшной полости повреждения селезенки составляют 12 — 45% [1—3]. Несмотря на то, что в конце XX в. были разработаны высокоинформативные методы инвазивной и неинвазивной диагностики и лечения повреждений селезенки, частота выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств не имеет тенденции к увеличению, хотя они включены в стандартные протоколы лечения [4, 5].

Основной причиной отказа от выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств является проблема обеспечения стойкого гемостаза как во время операции, так и после нее. Это обусловлено, с одной стороны, объективными причинами: отсутствием шовного материала, современной аппаратуры, обеспечивающей стойкий гемостаз паренхимы органа без глубокого некроза, с другой стороны, отсутствием хирургов и анестезиологов, имеющих соответствующую квалификацию [4, 6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 76 пострадавших по поводу закрытой травмы живота с разрывом селезенки. Мужчин было 62 (81,6%), женщин — 14 (18,4%). Основными этиологическими факторами травмы селезенки были: дорожно-транспортное происшествие — у 34 (44,8%) пострадавших, криминальная травма — у 22 (28,9%), кататравма — у 20 (26,3%). Монотравма диагностирована у 5 (6,6%) пострадавших, множественная — у 10 (13,1%), сочетанная — у

Реферат
Проанализированы результаты лечения 76 пострадавших, у которых выявлен разрыв селезенки. Разработаны способы органосохраняющих операций в зависимости от тяжести и локализации разрыва, что позволило уменьшить частоту осложнений, улучшить качество жизни пациентов.
Ключевые слова: селезенка; травма; хирургическое лечение; органосберегающие операции.

Abstract
The results of treatment of 76 injured persons with splenic rupture were analysed. The methods of conserving surgery were elaborated, depending on the severity and localization of rupture, which permit to reduce complications rates and improve patient's quality of life.
Key words: spleen; trauma; surgical treatment; organpreserving interventions.

61 (80,3%). Геморрагический шок 1—й степени выявлен у 12 (15,7%) больных, 2—й степени — у 37 (48,6%), 3—й степени — у 8 (10,5%), 4—й степени — у 6 (7,9%). Повреждение верхнего края селезенки отмечено у 4 (5,2%) больных, нижнего — у 8 (10,5%), висцеральной поверхности — у 6 (7,9%), диафрагмальной поверхности — у 9 (11,9%), верхнего края и диафрагмальной поверхности — у 13 (17,1%), верхнего края и висцеральной поверхности — у 7 (9,2%), нижнего края и диафрагмальной поверхности — у 12 (15,8%), нижнего края и висцеральной поверхности — у 10 (13,2%), висцеральной и диафрагмальной поверхностей — у 7 (9,2%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При травме селезенки используем классификацию, разработанную Американской ассоциацией хирургии повреждений (AIS), в соответствии с которой выделяют пять степеней повреждения органа в зависимости от глубины повреждения паренхимы и сосудистых структур. Зашивание селезенки произведено 34

(44,7%) потерпевшим, резекция — 40 (52,7%), перевязка селезеночной артерии — 2 (2,6%).

При повреждении 1—2—й степени осуществляли зашивание органа. При краевых разрывах селезенки, особенно при их локализации в области краев органа, накладывали П-образные швы (первый вариант). В целях предупреждения прорезывания швов и обеспечения более надежного гемостаза у 37% больных при зашивании применяли прядь большого сальника в различных модификациях. При втором варианте разрыва в сальнике формировали "окно" и натягивали его на селезенку, плотно охватывая ее в виде "хомута". Для обеспечения гемостаза зону разрыва прошивали через сальник. У 5% больных сальник укладывали на дно раны селезенки с последующим прошиванием.

При локализации повреждения на диафрагмальной поверхности селезенки выполняли заднюю спленопексию в двух вариантах. При первом варианте селезенку фиксировали к заднебоковой поверхности передней брюшной стенки, накладывали П-образные швы, захва-

тывая массив мышц. Такая фиксация обеспечивала плотное тампонирование разрыва и надежный гемостаз. При втором варианте выкраивали лоскут брюшины с задне-боковой стенки и фиксировали его к месту разрыва, что позволяло избежать прорезывания швов и обеспечивало гемостаз в ране.

При разрывах на висцеральной поверхности селезенки выполняли органосохраняющие оперативные вмешательства. При разрывах 1—2—й степени зашивали селезенку. Переднюю спленопексию у 12,5% потерпевших выполняли в двух вариантах. Первый вариант — тампонирование раны селезенки с использованием большой кривизны желудка. Разрыв селезенки зашивали, затем фиксировали желудок и тампонировали им рану селезенки.

Второй вариант предполагал переднюю спленопексию с использованием желудочно-селезеночной связки. После зашивания разрыва селезенки на желудочно-селезеночную связку накладывали П-образные швы, что обеспечивало надежный гемостаз.

При повреждении селезенки в области верхнего или нижнего края выполняли верхнюю или нижнюю спленопексию.

Верхняя спленопексия предусматривала тампонирование или перитонизацию раны селезенки с использованием диафрагмы. На диафрагму накладывали кисетный шов, селезенку прошивали, фиксировали дополнительным кисетным швом. Нижнюю спленопексию применяли при разрывах селезенки в области нижнего края. В области нижнего края место разрыва тампонировали

с использованием желудочно-ободочной связки.

При разрыве в области ворот селезенки зашивали разрыв, перевязывали селезеночную артерию — у 4 (5,2%) больных либо перевязывали артерию без вмешательства на селезенке — у 2 (2,6%). Селезеночную артерию старались перевязывать как можно дистальнее для лучшей васкуляризации оставшейся части паренхимы. При необходимости перевязывали также короткие сосуды желудка.

При повреждении 3—5—й степени оперативное вмешательство предусматривало проведение резекции селезенки. В зависимости от локализации и объема повреждения выделяли проксимальную, дистальную и медиальную резекцию органа.

Пережимали ножку селезенки, мобилизовали зону разрыва, перевязывали сосуды, питающие сегмент селезенки. При наличии линейного разрыва резекцию осуществляли через разрыв, а при разможенном повреждении проксимальная линия резекции проходила на 0,2 мм дистальнее места повреждения. В каждой ситуации пытались максимально сохранить ткань селезенки.

При локализации разрыва в области края селезенки выполняли резекцию 2/3 органа. При повреждении одного края, а также висцеральной и диафрагмальной поверхностей с частичным переходом на другой край, выполняли субтотальную резекцию органа.

При повреждении в области ворот селезенки с переходом на диафрагмальную поверхность выполняли медиальную резекцию, затем оба фрагмента органа сшивали

один с другим. В качестве материала, улучшающего васкуляризацию, использовали сальник на ножке, который фиксировали между двумя фрагментами. Культю селезенки обрабатывали электрокоагулятором, затем накладывали швы кетгутовой или атравматичной нитью.

У 4 (5,2%) пострадавших из-за неэффективности зашивания разрыва произведена резекция селезенки.

Осложнение возникло у 3 (2,28%) больных — левосторонний поддиафрагмальный абсцесс вследствие подтекания крови из культи селезенки после резекции органа. У 1 больного под контролем УЗИ пункционным методом удалось эвакуировать содержимое гнойника, у 2 — в связи с неэффективностью пункционного метода потребовалось вскрытие гнойника с применением лапаротомного доступа (по Клермону). Все пациенты выздоровели.

ВЫВОДЫ

1. Выбор способа оперативного вмешательства по поводу травмы селезенки должен быть индивидуальным, в зависимости от объема повреждения, состояния пострадавшего, квалификации хирурга и анестезиолога.

2. Применение органосохраняющих оперативных вмешательств позволяет сохранить функцию селезенки, уменьшить частоту послеоперационных осложнений, а также улучшить качество жизни больных, избежать системных воспалительных заболеваний в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Активно—выжидательная тактика при лечении повреждений печени и селезенки при сочетанной травме живота / Ю. М. Ахмедов, Х. К. Карабаев, Г. А. Хайдаров, И. Б. Мустафакулов // Медицина и качество жизни. — 2011. — № 3. — С. 35 — 36.
2. Голобородько Н. Н. Особенности хирургического лечения травмы селезенки в условиях множественных и сочетанных абдоминальных повреждений: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Н. Н. Голобородько. — Х., 2003. — 18 с.
3. Фурманов Ю. А. Применение гипертермических методов при резекции селезенки в эксперименте / Ю. А. Фурманов, И. Ю. Кривенко, И. М. Савицкая // Клін. хірургія. — 2009. — № 6. — С. 51 — 54.
4. Скиба В. В. Гідроструменева резекція селезінки в експерименті / В. В. Скиба, І. А. Сухін // Матеріали наук. конгр. "4 міжнародні піроговські читання", присвяч. 200—річчю з дня народження М. І. Пирогова; 22—й з'їзд хірургів України. — Вінниця, 2010. — Т. 2. — С. 145.
5. Paajanen H. Sensitivity of transabdominal ultrasonography in detection of intraperitoneal fluid in humans / H. Paajanen, I. Nordback // Eur. Radiol. — 2008. — Vol. 11, N 5. — P. 1522 — 1524.
6. Масляков В. В. Изменения тромбоцитарного звена системы гемостаза в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов после различных операций на поврежденной селезенке / В. В. Масляков, А. Н. Васильев, Д. В. Проскурин // Фундаментал. исследования. — 2010. — № 1. — С. 70 — 73.