

Минобрнауки Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «ХАКАССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н.Ф. КАТАНОВА» МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
Кафедра хирургии с курсом урологии, онкологии, травматологии и ортопедии
специальность 060101.65 «Лечебное дело»
дисциплина «Хирургические болезни»

Особенности спленэктомии у гематологических больных

Выполнила студентка группы ЛД-51(2) Мохова Анна Валерьевна

Особенности спленэктомии у гематологических больных



Спленэктомия выполняется при:

- Заболевания крови - врожденная гемолитическая анемия, апластическая анемия;
- Иммунные заболевания-идиопатическая аутоиммунная гемолитическая анемия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура;
- Неопластические заболевания - первичные опухоли селезенки, лимфомы, хронический лимфоцитарный и миелоидный лейкоз, волосато-клеточный лейкоз;

Показаниями к спленэктомии при гематологических заболеваниях служат также **абдоминальный болевой синдром**

Вызванный:

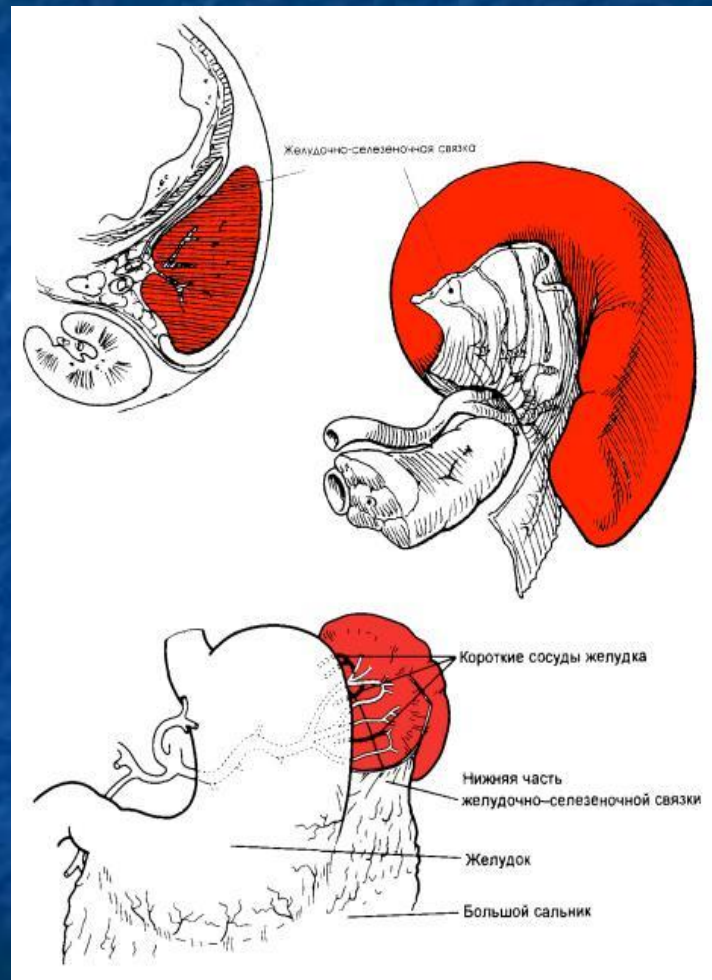
- периспленитом
- спленомегалией
- компрессией и дисфункцией органов брюшной полости
- частые инфаркты селезенки
- блуждающая селезенка.

Абсолютное показание: гиперспленизм

СПЛЕНЭКТОМИЯ

плановая

При:
-аутоиммунной гемолитической анемии,
-микросфероцитозе,
-талласэмии,
протекающей со спленомегалией и явлениями гиперспленизма,
-а также при неэффективности гемотрансфузионной терапии.



экстренная

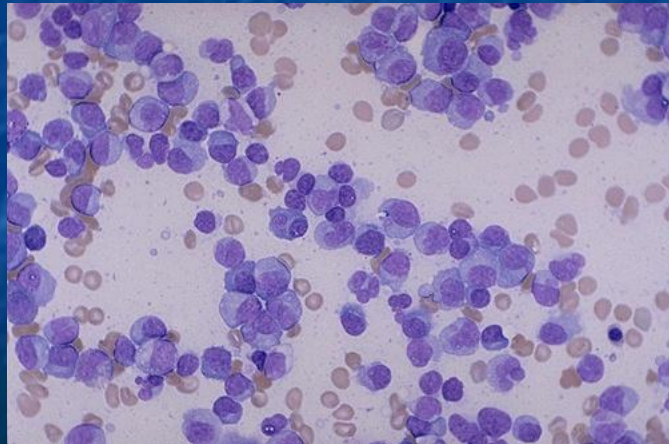
При:
-тромбоцитопенической пурпуре (при угрозе кровоизлияния и кровотечения)
- гемобластозах (в случае угроза разрыва селезенки)

!!!Показания к спленэктомии устанавливали индивидуально для каждого больного совместно с гематологами с учетом диагноза заболевания, его осложнений, клинико-гематологических показателей.



Противопоказаниями к спленэктомии могут быть:

- ДВС-синдром,
- высокий лейкоцитоз,
- увеличение печени,
- полиорганная недостаточность.



предоперационная подготовка:

- уменьшение степени анемии и ликвидация гиповолемии;
- терапия геморрагических осложнений;
- купирование гемолитического криза;
- адекватная кортикостероидная терапия; коррекция сахарного диабета и гипокалиемии;
- терапия воспалительных ослож



Оперативное вмешательство представляет повышенный риск:

- из-за нарушений свертывающей системы.
- резкая панцитопения
- нарушение деятельности сердца и функции внешнего дыхания.

В связи с применением цитостатических и гормональных препаратов снижается функция:

- печени
- надпочечников
- снижение иммунологической резистентности организма.

После спленэктомии, как правило, развиваются клинические признаки иммунодефицита:

Пневмония

Сепсис

Менингит

перикардит



Классификация хирургических доступов к селезёнке

- -Спленэктомия из лапаротомного доступа: посредством верхней срединной лапаротомии; является самым распространённым
- -Трансторакальная спленэктомия: посредством левосторонней торакотомии с последующей диафрагмотомией
- -Лапароскопическая спленэктомия: с использованием лапароскопической техники; является наименее травматичным.
- -Косой разрез, параллельный левой рёберной дуге
- -Торакоабдоминальный доступ: с одновременным вскрытием брюшной и левой плевральной полостей посредством тораколапаротомии

Цветков Б.Ю. Обоснование выбора способа спленэктомии при заболеваниях системы крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара 2009.

- Работа основана на анализе лечения 162 пациентов с заболеваниями системы крови, которым из-за неэффективности консервативного лечения была выполнена спленэктомия. Все пациенты проходили лечение в ГУЗ "Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина" с 1992 по 2008 годы.
- Для решения поставленных в работе задач больные были распределены на 2 группы. Основную группу составили 86 (53,1%) пациентов, которым была выполнена лапароскопическая спленэктомия, контрольную – 76 (46,9%) больных, у которых спленэктомия была выполнена традиционным способом.

Техника открытой спленэктомии.

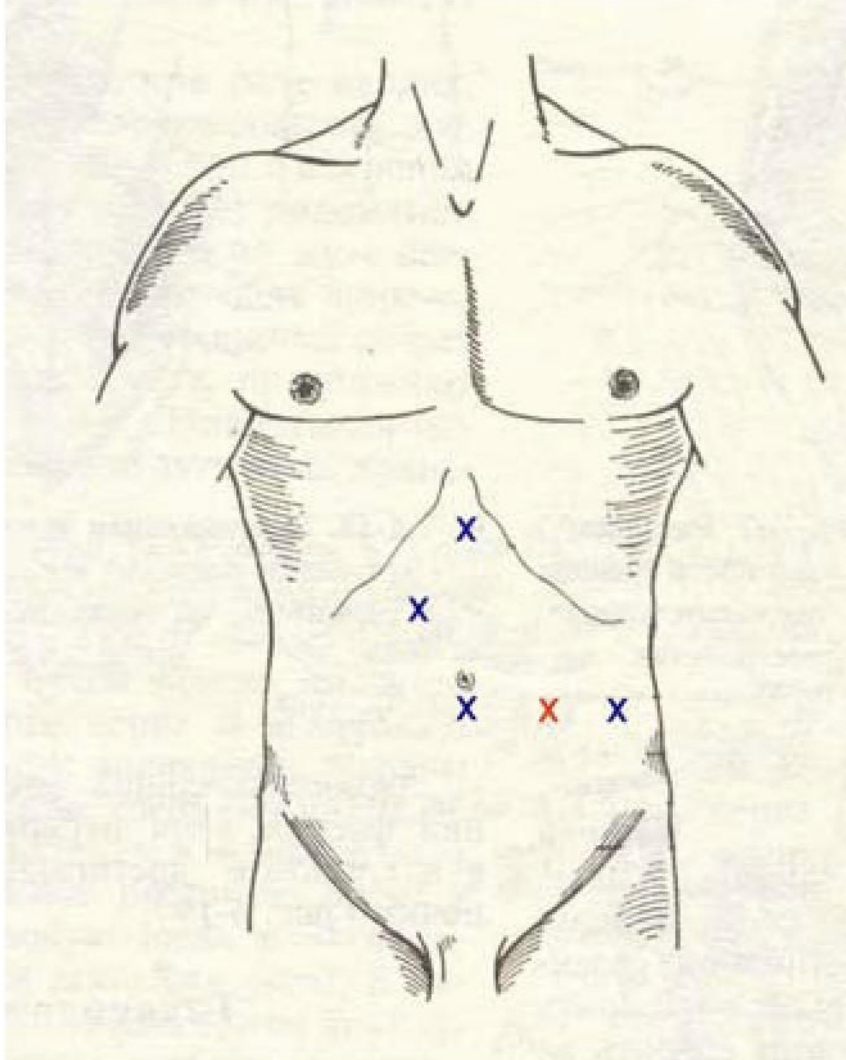
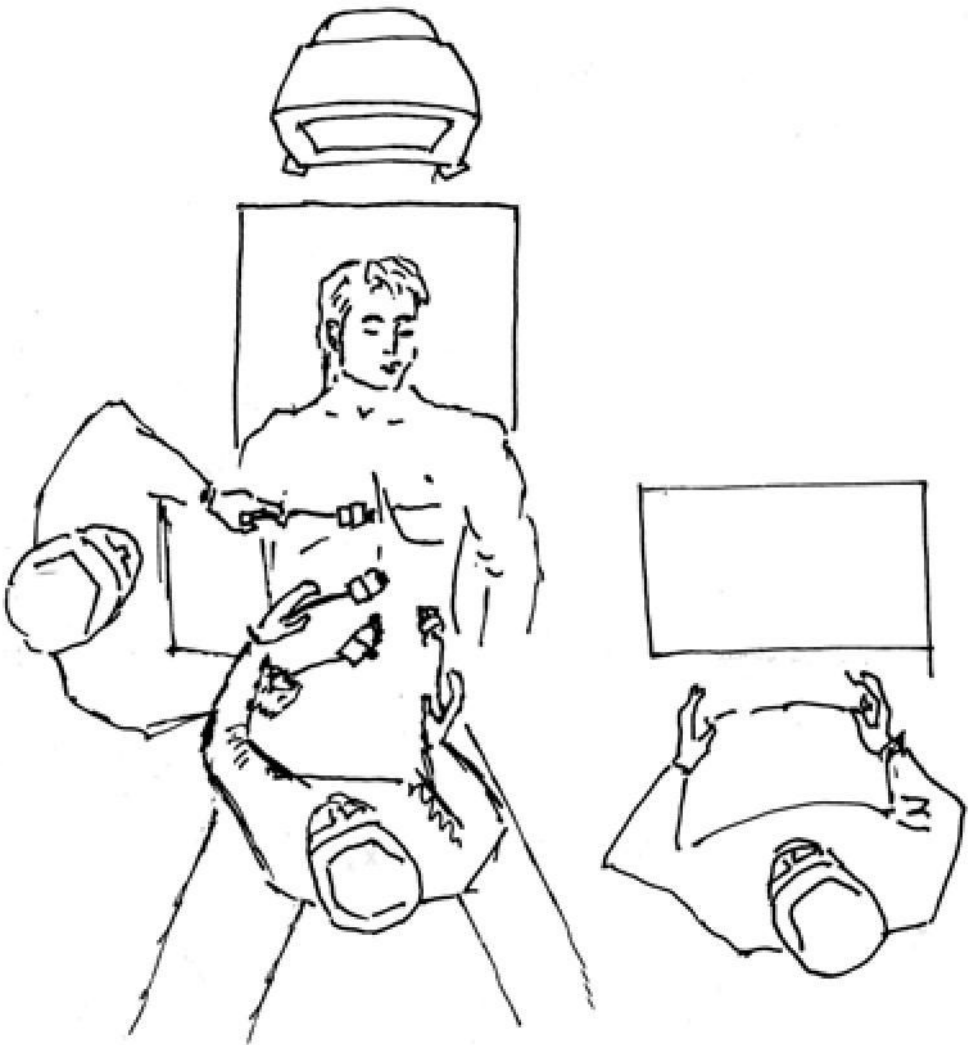
- Широкая верхнесрединная лапаротомия, дополненная пересечением левой прямой мышцы живота у верхнего угла операционной раны без пересечения реберной дуги. После детальной ревизии левого подреберного пространства путем осмотра и пальпации селезенки уточняли в ней характер патологии, размеры органа, его подвижность, наличие сращений с окружающими органами.
- Мобилизация: мобилизация желудочно-поперечноободочной и селезеночно-диафрагмальной связок и только затем в воротах селезенки накладывали зажимы на сосудистую ножку и селезенку удаляли. Дренирование брюшной полости двумя трубками, подведенными к ложу удаленной селезенки, рану брюшной полости ушивали.

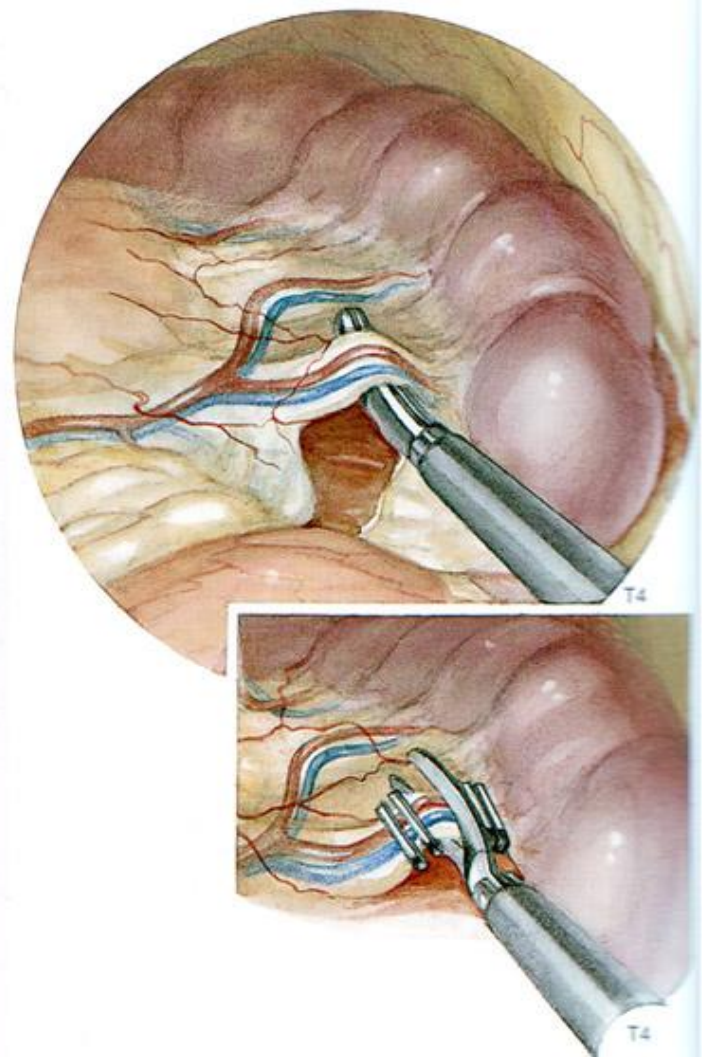
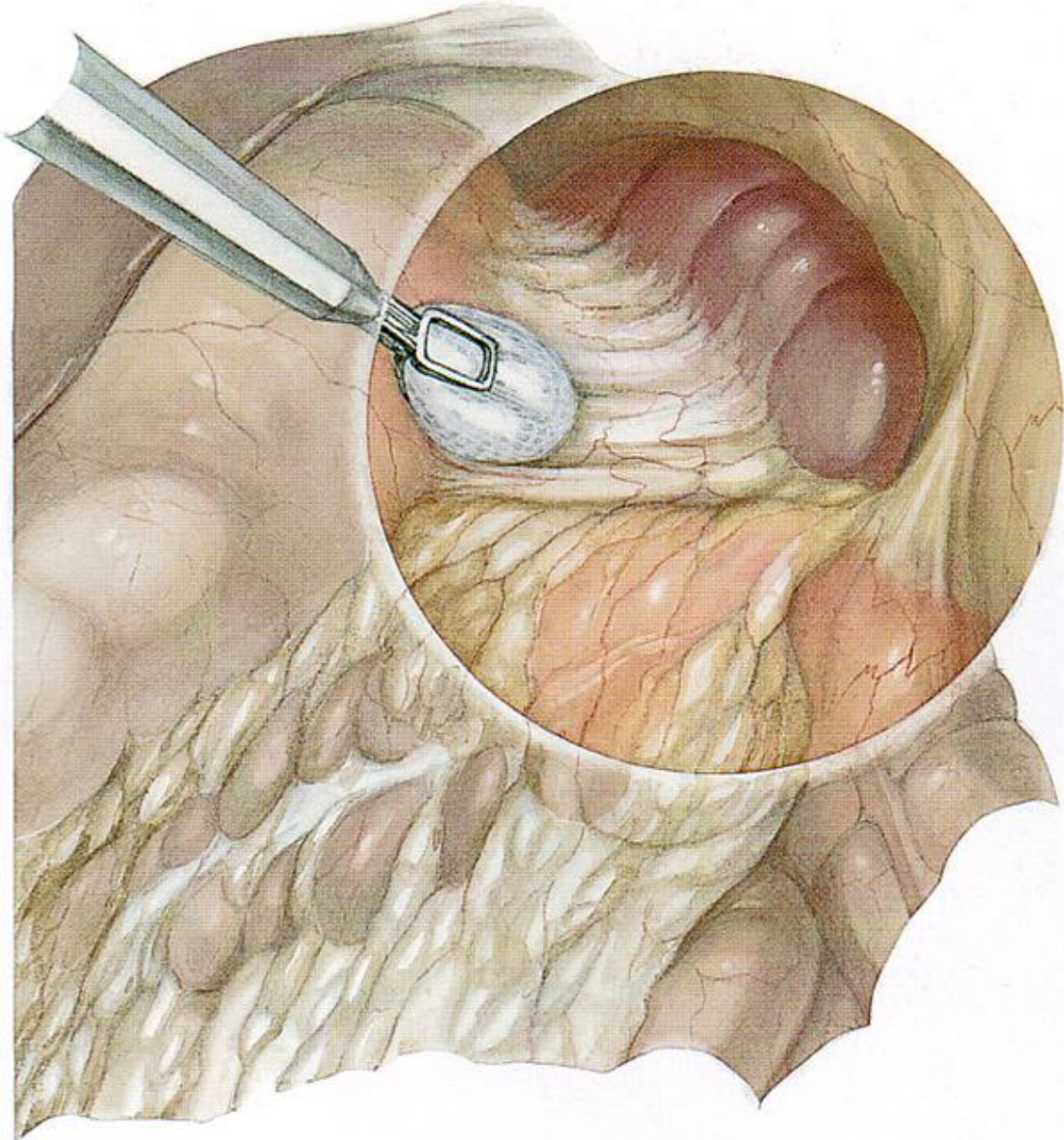
Техника лапароскопической спленэктомии.

-Лапароскопическая спленэктомия противопоказана при размерах селезенки более 20 см

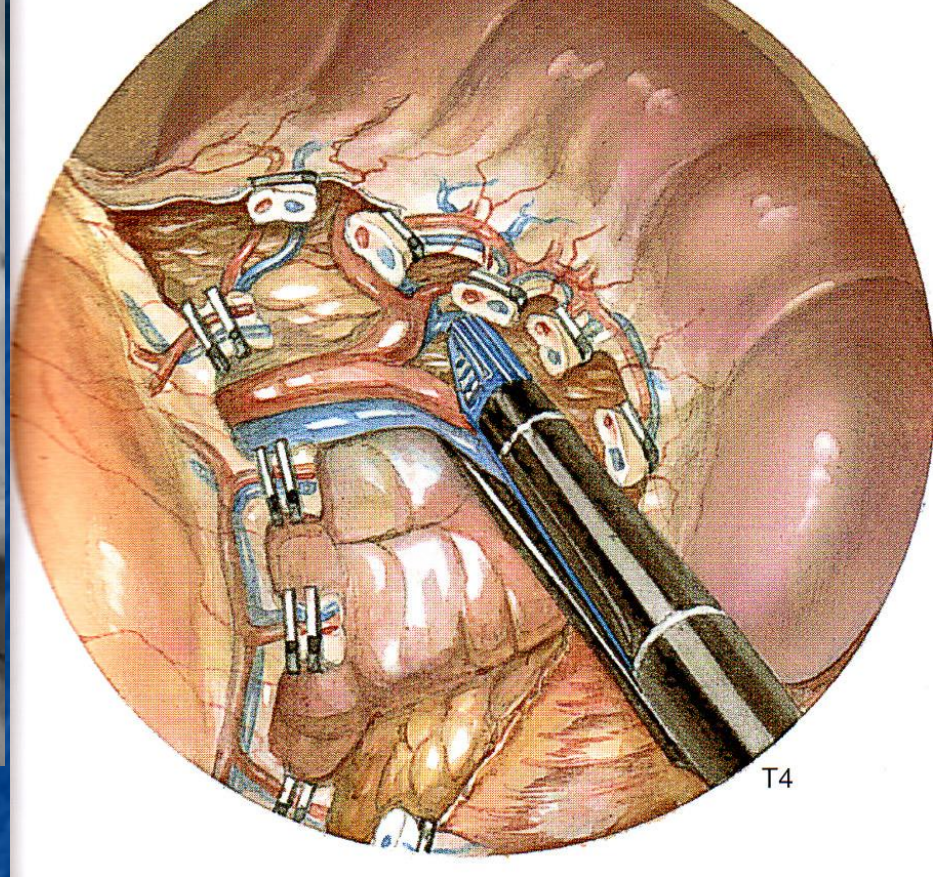
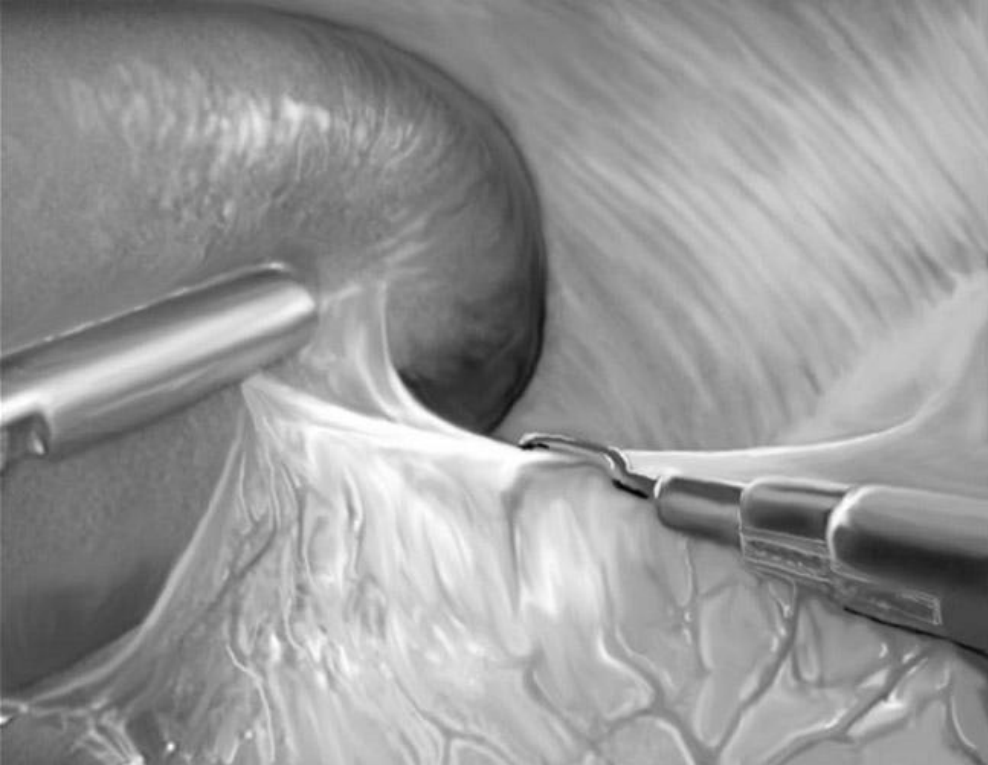
Этапы лапароскопической спленэктомии

- Создание пневмоперитонеума.
- Введение троакаров.
- Мобилизация нижнего полюса селезенки и пересечение желудочно-селезеночной связки (коротких сосудов желудка).
- Выделение и пересечение сосудистой ножки селезенки.
- Окончательное разделение связок селезенки, отсечение органа.
- Удаление органа из брюшной полости.
- Окончание операции.



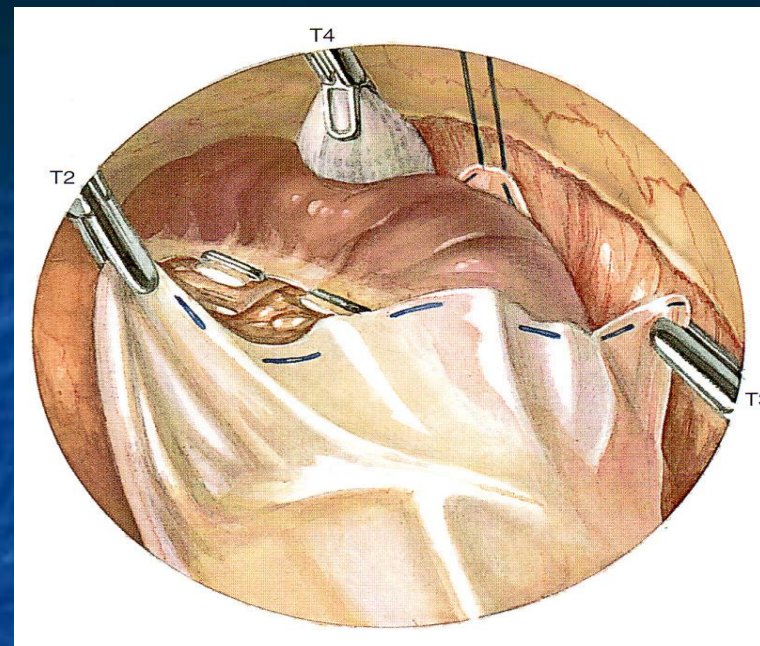


Мобилизация начинается в кармане брюшины, у проксимального отдела нисходящего отдела толстой кишки и продолжается вверх-к селезеночному углу кишечника.

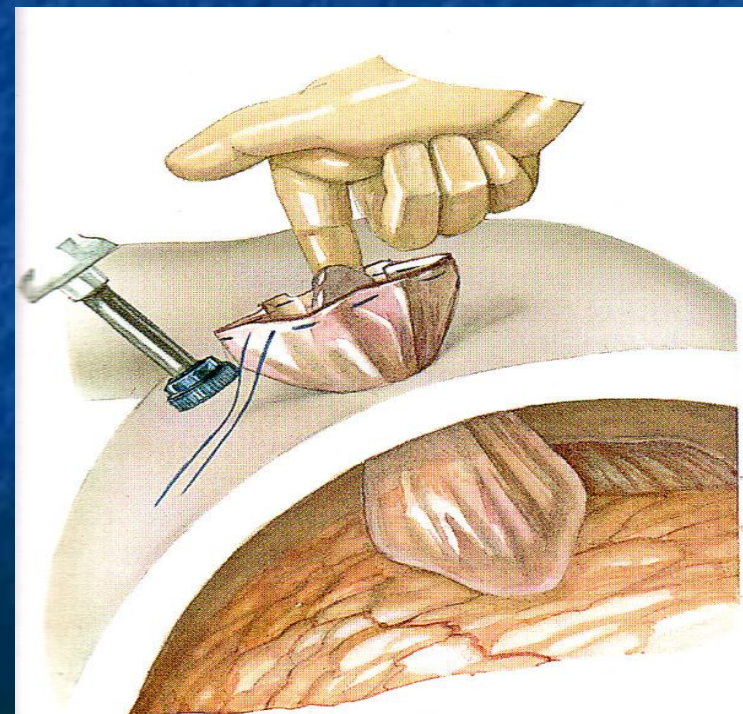


Далее рассекаются диафрагмально-ободочные связки, поддреживающие селезенку до уровня селезеночно-почечной связки. Тем же маневром путем монополярных ножниц мобилизуется нижний полюс селезенки.

Тупо приподнимается полюс селезенки и сосуды отдельно клиппируются/ ушиваются степлером/пересекаются гармоническим скальпелем или инструментом Ligasure™.

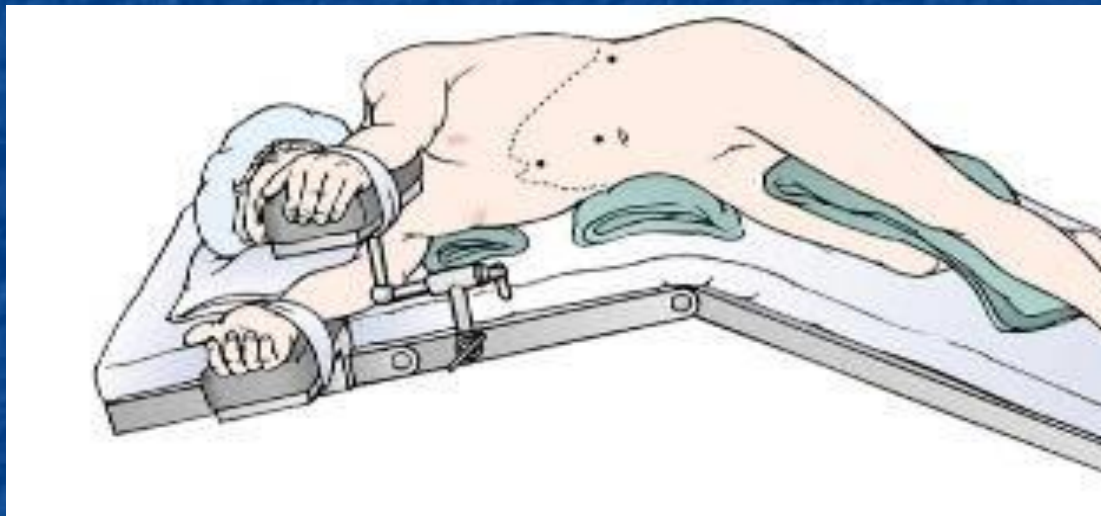


Наиболее ответственным этапом вмешательства, несомненно, является именно выделение и пересечение сосудистой ножки селезенки.



При увеличенной селезенке:

2 дополнительных троакара для выполнения тракции органа и обеспечения доступа к воротам органа. Для этого в положении больного на спине, когда увеличенная селезенка смещалась в силу тяжести влево, вводили первый троакар в точке на 1 см ниже пупка. После введения через порт видеосистемы осматривали брюшную полость, уточняли размеры и положение селезенки, затем головной конец стола приподнимали на 10-15° и переводили пациента в положение на правом боку под углом 75-80° (рис. 1).



- Рис. 1. Положение больного на правом боку при выполнении лапароскопической спленэктомии

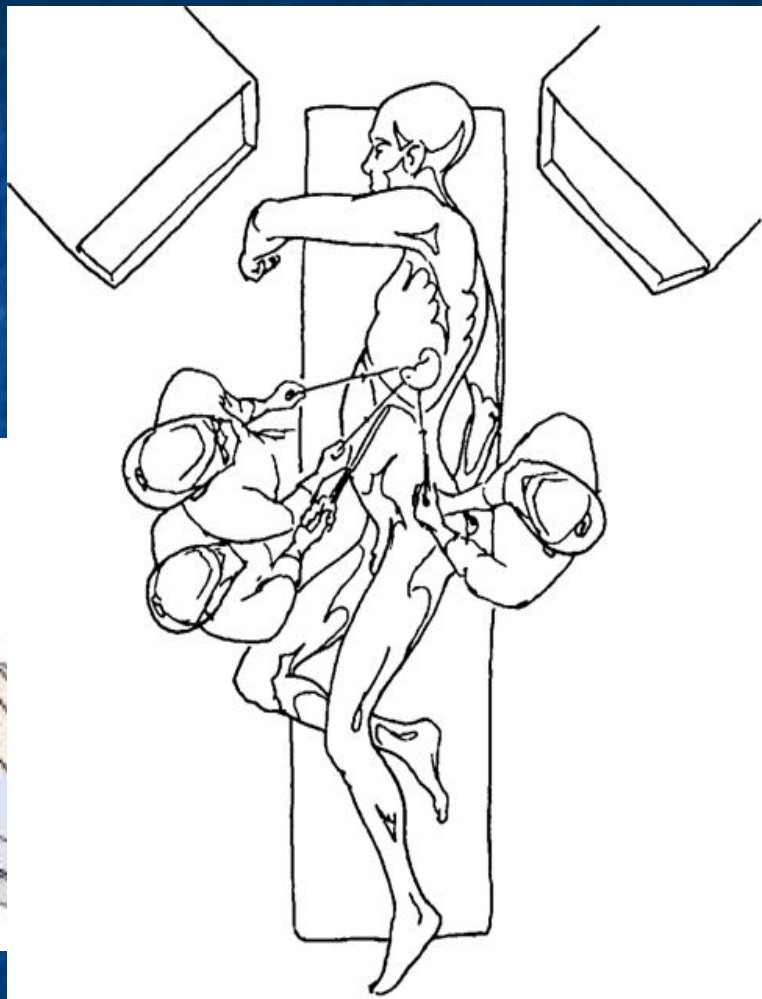


Рис. 5. 20



Рис. 2. Техника извлечения селезенки из брюшной полости:
а) этап выведения шейки эндоконтейнера в троакарную рану;
б) этап извлечения ткани селезенки с помощью ложкообразного зажима



а



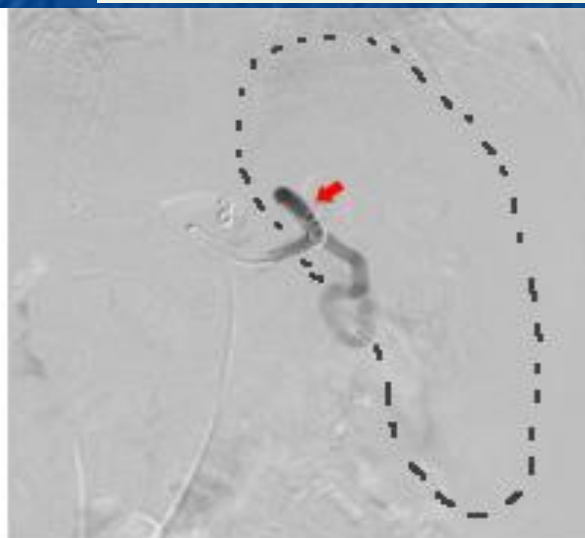
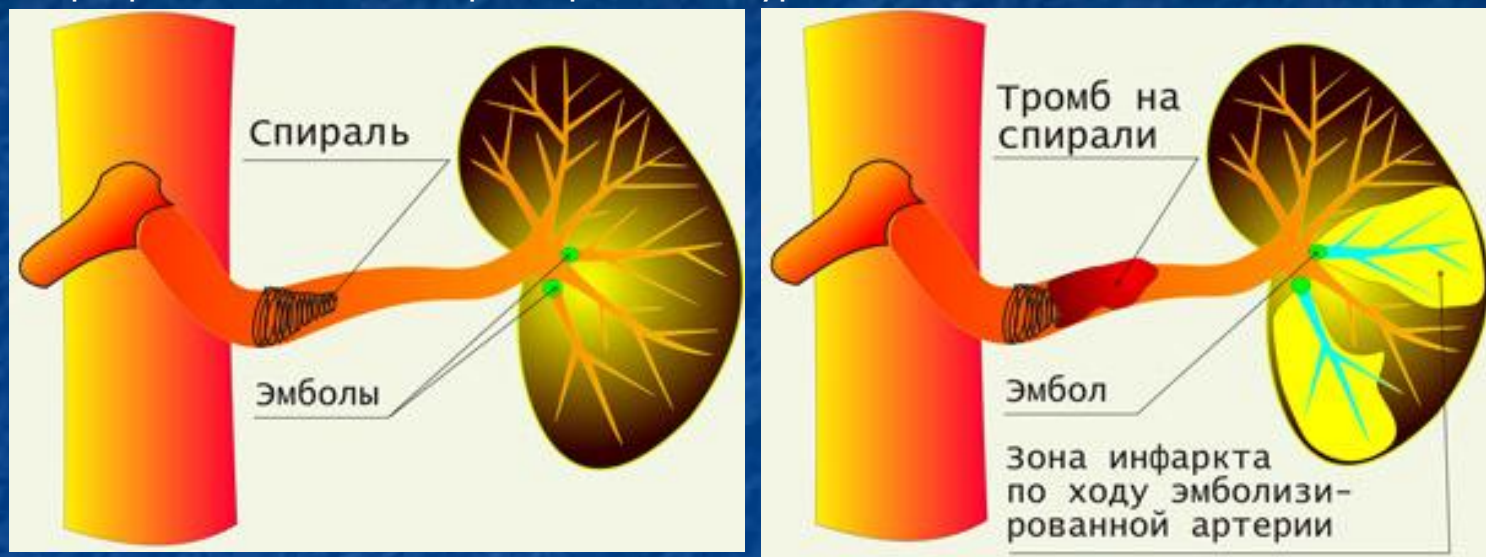
б



в

Рис. 3. Удаление селезенки из брюшной полости с помощью устройства для экстракции паренхиматозных органов :
а) внешний вид морцеллятора ИТЭ «Крыло» КРМ 1003;
б) измененная рабочая часть;
в) применение устройства для экстракции селезенки

- **Эмболизацию селезеночной артерии** выполняли из доступа через бедренную артерию, которую катетеризировали по методике Сельдингера. На диагностическом этапе выполняли целиакографию и только затем проводили катетеризацию и эмболизацию селезеночной артерии с помощью микроспирали Гиантурко.



Сравнительный анализ результатов открытых (ОС) и лапароскопических (ЛС) спленэктомий при различных заболеваниях системы крови

Вид заболевания	Вид операции	Критерии сравнения							
		Число больных	Средняя продолжительность операции, мин	Средняя кровопотеря, мл	Средние размеры селезенки, см	Число послеоперационных осложнений	Ранняя послеоперационная летальность	Число конверсий	Средний послеоперационный койко-день, сут
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	ОС	24	57,5±17,2	212,5±37,2	18±3,2	8	1	1	15,4±5,7
	ЛС	32	138,5±10,6*	85,5±18,3**	14,2±2,1	1	0		5,4±1,2
Апластическая анемия	ОС	12	84,5±12,6	327,3±42,4	11,2±3,1	15	3	3	15,4±3,7
	ЛС	14	187,9±35,1	169,3±12,7	12,1±2,2	2	2		5,1±1,8
Гемолитическая анемия	ОС	18	91,4±16,1	544,4±51,1	16,2±4,3	14	0	4	20,8±6,8
	ЛС	21	173,5±32,4*	100,1±9,7**	19,3±4,3	1	0		6,4±1,9
Лимфома селезенки	ОС	17	85,6±14,2	226,4±39,1	25,4±1,3	9	1	5	15,5±4,1
	ЛС	15	172,5±48,8*	68,7±7,9**	21,6±3,2	2	0		5,8±1,4
Миелодиспластический синдром	ОС	5	76±28,4	450±62,7	27±2,3	3	1	0	13±3,1
	ЛС	4	125±13,8	213,5±18,9	16,4±2,3	1	0		4,5±1,2

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с открытыми спленэктомиями;
 ** - $p < 0,05$ по сравнению с открытыми спленэктомиями

Характеристика ранних послеоперационных осложнений спленэктомии

Вид осложнения	ОС (n=76)		ЛС (n=86)		P	Всего (n=162)	
	Абс	%	Абс	%		Абс	%
Кровотечение в брюшную полость	5	6,6%	1	1,2%	>0,05	6	3,7%
Плевро-легочные осложнения	9	11,8%	5	5,8%	>0,05	14	8,6%
Поддиафрагмальные инфицированные жидкостные скопления	10	13,2%	4	4,7%	<0,05	14	8,6%
Нагноение раны	13	17,1%	0	0,0%	<0,05	13	8,0%
Инфицированный панкреонекроз	2	2,6%	0	0,0%	>0,05	2	1,2%
Гематома ложа селезенки	8	10,5%	2	2,3%	<0,05	10	6,2%
Эвентерация	2	2,6%	0	0,0%	>0,05	2	1,2%
Всего осложнений	49	64,5%	12	14,0%	<0,02	61	37,7%

Примечание: % от общего числа больных в группе

ВЫВОДЫ.

1. Открытая спленэктомия лапаротомным доступом сопровождается осложнениями у 39,3% больных и летальностью у 7,9%. Наиболее частыми осложнениями являются нагноения послеоперационных ран, поддиафрагмальные жидкостные скопления и бронхолегочные осложнения.

2. При заболеваниях системы крови эмболизация селезеночной артерии временно подавляет явления гиперспленизма, может сопровождаться абсцессом селезенки и периспленитом и показана только для профилактики интраоперационных кровотечений при спленэктомии, а также у пациентов с высоким риском ее выполнения из-за основного и сопутствующих заболеваний.

3. Усовершенствованный способ лапароскопической спленэктомии заключается в изменении укладки больного на операционном столе, в использовании способов экстракции селезенки из брюшной полости. Применение разработанных устройств способствует сокращению времени операции с $122 \pm 23,2$ мин до $87 \pm 12,6$ мин, не сопровождается повреждением органа и контаминацией селезеночной ткани по брюшной полости.

4. Непосредственные отдаленные результаты применения лапароскопической спленэктомии свидетельствуют об эффективности способа по сравнению с открытой спленэктомией. Частота ранних послеоперационных осложнений (по Clavien) снизилась с 39,3% до 8,1%, поздних – с 12,3% до 1,6% (повышение относительной пользы составило 52%).

5. Наиболее благоприятная динамика показателей качества жизни после спленэктомии в отдаленные сроки отмечается у больных после лапароскопического способа операции, по сравнению с пациентами, перенесшими традиционные вмешательства.

Удаление селезенки при спленомегалии у гематологических больных

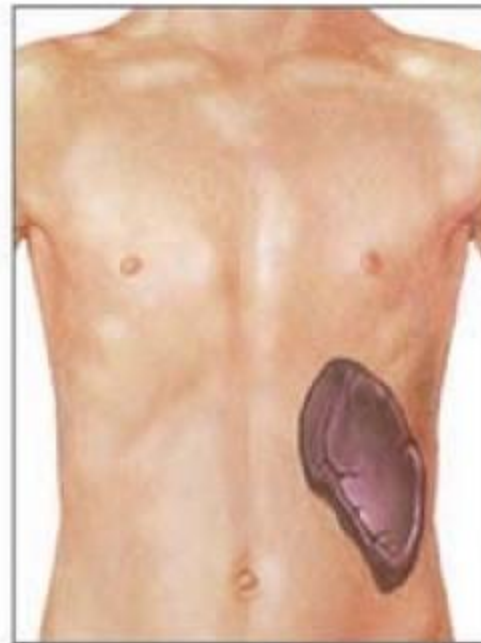
М.А. СИЛАЕВ, д.м.н. С.Р. КАРАГЮЛЯН, д.м.н. В.С. ШАВЛОХОВ, д.м.н., проф. А.В. ТОЧЕНОВ, к.м.н. А.В. ГРЖИМОЛОВСКИЙ, к.м.н. И.В. ПАНТЕЛЕЕВ, асп. Н.А. ВЕРЕВКИНА, к.м.н. К.И. ДАНИШЯН

Гематологический научный центр Минздравсоцразвития РФ, Москва

В работе анализируется опыт 374 ОСЭ, выполненных в условиях массивной (254) и гигантской (120) спленомегалии в период с 1988 по 2010 г.



Normal spleen

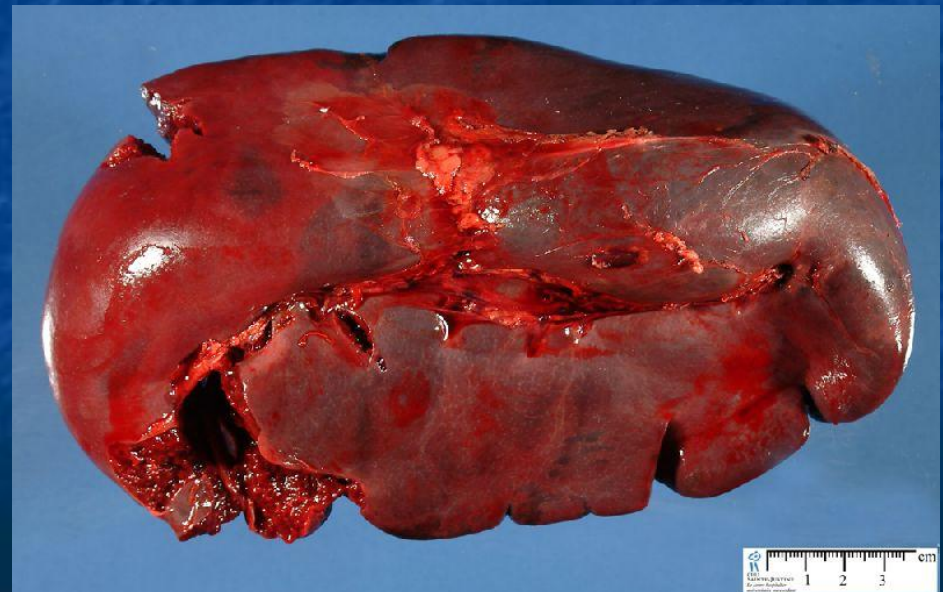


Splenomegaly

При массивных (селезенка длиной 25—30 см, массой >2000 г) и гигантских (селезенка занимает более половины объема брюшной полости и составляет в длину более 30 см) размерах селезенки операцией выбора остается открытая спленэктомия (ОСЭ). Спленомегалия обуславливает технические трудности при выполнении операции и сопряжена с высоким риском осложнений. Главным и ведущим фактором, осложняющим выполнение ОСЭ в таких условиях, является соотношение размеров селезенки и свободного пространства в брюшной полости.

Создание максимально широкого доступа, предварительное выделение и перевязка селезеночной артерии *in situ*, щадящее отделение поджелудочной железы от ворот селезенки вместо травматичного традиционного вывихивания селезенки в рану, использование преимущественно лигатурного способа гемостаза составляют основу методического подхода к выполнению спленэктомии в условиях массивной и гигантской спленомегалии.

Стандартизация техники выполнения ОСЭ при спленомегалии позволила в 2,5 раза уменьшить количество послеоперационных осложнений (с 26,9 до 10,8%), в 1,8 раза снизить количество интраоперационных осложнений и количество повторных оперативных вмешательств с целью ликвидации хирургических осложнений, сократить на 17% интраоперационную кровопотерю. Частота развития острого послеоперационного панкреатита уменьшилась в 4 раза, внутрибрюшного кровотечения — в 2 раза, поддиафрагмальных абсцессов — в 1,5 раза.



Литература

1. Алексеев Г.И. Особенности спленэктомии у гематологических больных. / Г.И. Алексеев, Г.И. Веретник, А.С. Кириленко, В.Ю. Баранович // Вестн. Рос. ун-та дружбы наро-дов. Сер. Медицина. 2000. N1. - С. 100-101.
2. Гроздов Д.М. Анатомия, физиология и хирургия селезенки / Д.М. Гроздов // Хирургическое лечение заболеваний системы крови,- М.: Медицина,1981.-С15-28.
3. Силаев, М. А. Удаление селезенки при спленомегалии у гематологических больных / М. А. Силаев [и др.]. - с. 55-59. - Библиогр. в конце ст. : табл.
Другие авторы: Карагюлян С.Р., Шавлохов В.С., Точенов А.В., Гржимоловский А.В., Пантелеев И.В., 2012, журнал хирургия.
4. Цветков Б.Ю. Обоснование выбора способа спленэктомии при заболеваниях системы крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара 2009.

Спасибо за внимание