

УДК 616.411-001-089

М.М. Гладинец, А.К. Садыков, А.Т. Маратова, Н.С. Шарипова, Д.Н. Кенжалина

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Аннотация

В данной статье представлена тактика хирургического лечения повреждения селезенки при открытых и закрытых травмах живота, интраоперационные повреждения которые возникают при операциях на органах брюшной полости. Использована альтернатива спленэктомии - аутоотрансплантация ткани селезенки в органы брюшной полости при невозможности ее сохранения.

Ключевые слова: Спленэктомия, иммуноглобулины, аутоотрансплантация.

Актуальность: Постоянный рост травматизма в сочетании с большой частотой повреждений селезенки, вызывает высокий рост развития различных осложнений в послеоперационном периоде и в отдаленных сроках, способствует к разработке эффективной целенаправленной тактики ведения больных. Частота повреждений селезенки составляет 22,3-30% при травме органов брюшной полости и занимает второе место среди разрывов паренхиматозных органов. Совершенствование способов гемостаза и выбор тактики при травмах селезенки и последующей операции имеют весьма актуальное значение.

На протяжении многих десятилетий считалось, что основной операцией при повреждении селезенки является спленэктомия. Возможность полного удаления этого органа объяснялась тем, что он не является жизненно важным и удаление не приводит к серьезным нарушениям гомеостаза. Первая спленэктомия была выполнена Zsacello и несмотря на первое успешное применение этой операции использование спленэктомии в качестве лечебной процедуры началось с 1900г., когда асептика завоевала прочное место в повседневной хирургической практике. В России первая спленэктомия по поводу травмы селезенки была выполнена в 1896 г. А. А. Трояновым. С тех пор эта операция стала операцией выбора при повреждениях ткани селезенки [3,4]. Если учесть, что повреждения селезенки при закрытой травме живота встречаются почти у 30% пострадавших [2,5,6], то число ежегодно выполняемых спленэктомий значительно увеличивается. В тоже время, при ряде операций на органах брюшной полости: при резекции желудка, гастрэктомии, операциях при заболевании левой половины толстой кишки, поджелудочной железы по неосторожности возникают повреждения селезенки молодыми ассистентами, по поводу которых в последствии приходится удалять селезенку. Закрытые повреждения селезенки возникают при тупой травме живота. Спонтанные разрывы чаще наблюдаются при различных заболеваниях, сопровождающихся увеличением селезенки и изменением её структуры. Особое значение занимают ятрогенные повреждения селезенки во время операции на органах верхней части брюшной полости.

Методы органосохраняющих операций весьма разнообразны: наложение рассасывающих швов, во избежание прорезывания швов на края раны помещают кусочки салника на ножке или изолированные, оставшиеся гемостаза обрабатывают микрокристаллическим коллагеном, сдавливают поврежденную селезенку лоскутом брюшины или полигликолевой сеткой, электрокоагуляцией, желатиновой губкой, сегментарная резекция селезенки, склеивание раны фибриновым клеем.

В хирургической клинике в больнице скорой медицинской помощи с 1999 г. по 2012 г. лечилось 98 больных с различными заболеваниями гематологического профиля и травматическим повреждением селезенки. Возрастной контингент с 18 по 89 лет. В последнее время количественный состав гематологических заболеваний увеличился. Пациенты гематологического отделения, подлежащие к оперативному лечению, переводятся в хирургическое отделение Больницы скорой медицинской помощи. Основная масса больных с повреждением селезенки в различных вариантах поступают с закрытой и открытой травмой живота. В отдельных случаях повреждается селезенка при оперативных вмешательствах. Роль селезенки в организме человека является весьма необходимой, так как выполняет ведущую роль в иммунологической защите. В настоящее время установлено, что селезенка является своеобразным «депо крови», то есть частью ретикулоэндотелиальной системы, участвует в разрушении «состарившихся» эритроцитов, тромбоцитов, задерживает находящиеся в кровяном русле витальные красители, коллоидные металлы и возбудители инфекционных заболеваний. В последние годы доказано, что селезенка участвует в выработке иммуноглобулинов, является в организме источником тафтинина одной из фракций 7-глобулинов, влияющего на фагоцитарную активность нейтрофилов, участвует в регуляции деятельности Т- и В-лимфоцитов [8]. Селезенка участвует в выработке антитромбоцитарных антител, активно захватывает и разрушает циркулирующие тромбоциты, оказывает угнетающее действие на тромбоцитообразовательную функцию костного мозга. При заболеваниях селезенки: инфаркт селезенки, абсцесс, нагноившиеся кисты селезенки, опухоли. В диагностике применялись инструментальные методы исследования наиболее информативнее, это ультразвуковое сканирование, компьютерная томография, радиоизотопное сканирование. Которые давали возможность хирургу выработать единую тактику ведения больных, показания к выполнению операции - спленэктомии. В последние годы появились сообщения ученых о судьбе пациентов перенесших спленэктомию. По данным D. H. Morris и F. D. Bullock [9] установили, что удаление селезенки значительно снижает сопротивляемость организма к инфекции, пациенты после спленэктомии госпитализировались с подозрением на сепсис и часто высевались бактерии пневмококки и выявляли легочные осложнения у больных. Ученые сделали заключение, спленэктомия выполненная при случайном повреждении селезенки во время операции, существенно осложняет течение послеоперационного периода. У 53% больных с первой группой выявлены осложнения в брюшной полости у 10%, а у 18% пациен-

тов со второй группой крови осложнений не было. Гемостаз удалось обеспечить при резаных ранах селезенки в 18- случаях из 23 и колото-резаных 16 - случаях из 23 пациентов. Швы, наложенные на продольные раны селезенки, чаще прорезываются и вызывают вторичное кровотечение, так как капсула органа более устойчива при поперечных разрезах. При возникновении кровотечения в результате ушивания ран накладывали дополнительные швы с использованием пластических материалов, рассасывающейся гемостатической марли и губки. Спленэктомия открытым доступом сопровождается осложнениями у 39% больных, а летальностью у 7,9%. Наиболее частыми осложнениями бывают нагноения послеоперационных ран, поддиафрагмальные жидкостные скопления, кровотечения. Лапароскопический способ спленэктомии заключается в удалении селезенки с применением разработанных устройств способствующих сокращению времени проведения операции. 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.

Singer D. B. [10] на основании изучения 2795 больных, которые перенесли спленэктомию, отметил у 119 пациентов или 4,25% из них развился сепсис. Летальный исход у этой категории больных с развившимися тяжелыми осложнениями отмечен у 2,5%. Учитывая данные о важных физиологических свойствах селезенки, и высокую частоту послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших спленэктомию, в последнее время находим публикации ученых о выполнении органосохраняющих операций на селезенке. На сегодняшний день широко используют хирурги при ранениях селезенки наложение гемостатических швов.

В настоящее время в отечественной, зарубежной печати появилось достаточно много сообщений о тактике хирурга при ранениях селезенки с применением органосохраняющих операций. Наиболее частыми органосохраняющими операциями при травматическом повреждении селезенки, являются ушивание ран селезенки с применением сальника, синтетических материалов в целях укрепления линии швов. Неполная резекция селезенки, особенно при разрыве одного из её полюсов, осуществляется перевязка селезеночной артерии [1,5,7.]. Авторы отмечают довольно высокую эффективность органосохраняющих методик лечения повреждений селезенки. Ряд авторов указывают на опасность органосохраняющей операции при множественных разрывах селезенки, повреждении в области ворот, при разрыве значительной части ткани, а также на опасность выполнения их операций в поздние сроки после травмы, особенно при повреждении селезеночной ножки. Для повышения надежности гемостаза при

наложении швов на ткань селезенки иногда применяют цианакрилатный клей. Во всех наблюдениях отмечен хороший гемостатический эффект. Разнообразие описанных методов гемостаза при травмах селезенки свидетельствует о возрастающем стремлении хирургов ограничиваться органосохраняющими операциями при травмах селезенки.

В заключение следует отметить, что резекция селезенки обеспечивает более высокий уровень иммунной защиты организма с аутоотрансплантацией мелких кусочков ткани её. При двухмоментных разрывах, повреждении селезенки требуется операция радикальная – спленэктомия. В последнее время ученые сообщают о важной роли селезенки, как одного из органов иммуннодефицитной защиты организма и начали выполнять более щадящие операции при повреждении селезенки. В диагностике повреждения селезенки ценны лапароскопия, лапароцентез с применением шарящего катетера. Совершенствование техники гемостаза при резекции селезенки на основе современных достижений биологии и технической оснащенности позволили хирургам, реже выполнять вынужденные удаления важного в функциональном отношении органа, каким является селезенка. В результате вынужденной спленэктомии целесообразно взять кусочки селезенки и имплантировать в сальник или мышечную ткань.

Литература:

1. Абасов Б.Х., Гаджиев Д.Н., Юсубов В.Н. Органосохраняющие операции при травматических повреждениях селезенки. Вестник хирургии. - Москва.- 1982, №128. - С. 84-88.
2. Акимов В. И., Кантор З. М. Закрытая травма живота. - Киев, 1963. - 82 с
3. Баиров Г. А., Кудрявцев В. А. - Вестник хирургии, - Москва. - 1971, № 10. - С. 102-108.
4. Гланц Р.И., Рожинский М.М. Сберегательная хирургия поврежденной селезенки // Медицина. Москва. - 1973. - С. 103.
5. Хаитова Р. М., Ильина Н.И., Аллергология и иммунология. Национальное руководство. Москва, М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2009. – 636 с.
6. Савельев В.С., Кириенко А.И., Клиническая хирургия. Национальное руководство. - М. Москва, - 2008., т. 1. - С. 255-299.
7. Комахидзе М. Э. Селезенка. - М., Москва, 1971., - С. 65-72.
8. Brands W., Menncken C., Beck M. – Wld J. Surg., 1982, v.6, - p. 366-368
9. Morris D. H., Bullock F. D. – Ann. Surg., 1919, v. 70, - p. 513-519
10. Singer D. B. – In: Perspectives in pediatric pathology. - Chicago, - 1973, v.1 - p. 285-311

Тұжырым

КӨКБАУЫР ЖАРАҚАТЫ КЕЗІНДЕГІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ТАКТИКА

М.М. Гладинец, А.К. Садыков, Ә.Т. Маратова, Н.С. Шарипова, Д.Н. Кенжалина

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Қорыта келе айтатынымыз, көкбауырдың резекциясы және оның тінінің бөлшектерінің аутоотрансплантациясы ағзаның жоғарғы иммунды қорғанысын қамтамасыз етеді. Көкбауырдың екі мезгілді жарылысы, жарاقات кезінде негізді ота – спленэктомия қажет. Соңғы уақытта көптеген ғалымдар көкбауыр қызметін өте жоғары екендігін айтады, яғни ағзаның иммунды қорғаныс қасиеті жоғары және көкбауыр жарاقات кезде оны сақтап қалуға тырысады. Көкбауыр жарاقات кезінде ақпараттық жағынан өн құнды диагностикалық тәсілдер: лапароскопия және тінту катетермен лапароцентез. Биологиялық және техникалық қамтамасыз етілуіне байланысты көкбауыр резекциясы кезіндегі гемостаз техникасы жетінді, сондықтан атқаратын міндеті зор көкбауырды алып тастау операциясы сирей түсті. Мәжбүрлі спленэктомия нәтижесінде көкбауырдың кішкентай бір бөлігін алып ішмайына немесе бұлшықетке сіңістіруге болады.

Маңызды сөздер: Спленэктомия, иммуноглобулиндер, аутоотрансплантация.

Summary

SURGERY TACTICS AT DAMAGE TO THE SPLEEN

M.M. Gladinets, A.K. Sadykov, A.T. Maratova, N.S. Sharipova, D.N. Kenzhalina

Semey State medical university

In conclusion, it should be noted that the spleen resection ensures a higher level of immune protection with autologous small pieces of tissue. With two momentary breaks and damage to the spleen radical operation required – splenectomy.

In recent years, many authors have reported on the importance of the spleen is an organ of immunodeficient defense of the organism, and began to carry out more sparing surgery for spleen injury. In diagnostic damage to the spleen valuable laparoscopy and celiocentesis with application groping catheter. Improve the technique of hemostasis during resection spleen on the basis of modern biology to achieving and technical equipment have allowed significantly reduce the frequency of the forced removals of the functionally important body, as is the spleen. As a result of the forced splenectomy is advisable to take pieces of the spleen and implanted in the gland or muscle.

Key words: Splenectomy, autotransplantation, immunoglobulins.

УДК 616.37-007.43-616.756.26-089

М.К. Кирпин

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ПЛАСТИКА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖЕНОСИТЕЛЬСТВОМ

Аннотация

В патогенезе формирования грыжи первостепенная роль принадлежит наличию «слабых мест» передней брюшной стенки. Слабыми участками брюшной стенки являются, паховая область, пупочное кольцо, белая линия живота, полуплунная «спигелевая» линия и в других участках организма человека. Длительное существование грыжи у пациента, это риск опасности развития осложнения. Грыженосительство ограничивает трудоспособность и снижает качество жизни человека. Грыжи передней брюшной стенки живота широко распространены. Потенциальный грыженоситель, это каждый пятый житель на Земном шаре. Ежегодно диагностика паховых грыж устанавливается врачами-хирургами в Европе, в Германии у 180 тыс. человек. В Российской Федерации - у 270 тыс. человек. В США - у 500-700 тыс. пациентов. Ежегодно в мировом сообществе по поводу грыжи выполняют хирурги более 20 млн. операций. В целях профилактики появления приобретенных грыж можно значительно уменьшить с помощью регулярных физических тренировок и устранение тяжёлого физического труда. Ведущим признаком любых форм грыж, за исключением ущемленных, хирург выявляет положительный симптом «кашлевого» толчка. При покашливании больного пальцы хирурга ощущают толчки какого-то образования, выходящего в паховый канал. Наличие наружной брюшной грыжи, является показанием к оперативному лечению.

Ключевые слова: герниология, грыженосительство, грыжесечение.

Паховая грыжа наиболее распространенный вид грыжевых образований по данным отечественных ученых России, они составляют до 80%. На основании анализа клинического материала общепризнано, что главной причиной образования паховых грыж служит слабость задней стенки пахового канала. Во всех странах мира наиболее популярной является классификация паховых грыж «по Nylis и R.Condonz» [8].

Иностранные ученые выделяют четыре типа грыженосительства: прямая, косая, скользящая, надпузырная паховые грыжи. С расширенным глубоким паховым кольцом, достигающим до треугольника Гессельбаха, к ним относят скользящую, паховомашоночную грыжи. Оперативные вмешательства по поводу грыжи являются одним из самых частых в клинической хирургии. Проблема их лечения не потеряла актуальности до настоящего времени. По данным литературы паховые грыжи составляют от 87% до 90% всех больных страдающих грыженосительством. Особенно следует отметить, что по данным отечественных и зарубежных авторов, частота рецидивов после проведенных оперативных вмешательств у пациентов при сложных видах паховых грыж выявляют у 20 - 30% . В пожилом и старческом возрасте достигает до 42%, от всех наблюдаемых пациентов.

На сегодняшний день хирургами всех времён разработаны более ста различных способов операций по поводу лечения паховых грыж. Важную роль в генезе рецидивов грыж, ученые выделяют возраст больных, несоблюдение рекомендаций хирурга, поднятие тяжести, давность заболевания, нагноения операционной раны и другие факторы. Длительное грыженосительство ослабляет паховую область, которая нуждается в укреплении слабых мест в паховом треугольнике. Не смотря на большие разработки ученых, исключая все до сегодняшнего дня, хирурги не пришли к единому мнению относительно того, что какую стенку пахового канала из 4-х необходимо наиболее укреплять пластическим материалом. И все-таки большинство хирургов справедливо считают, что лучшие результаты дает пластика задней стенки пахового канала. При дополнении к ней использование всех анатомических слоёв, придавая при этом большое значение апоневротико-мышечно-фасциальной пластике, то есть использовать «многослойную пластику тканями» [1,2,3,4,5].

Многие хирурги отмечают неадекватность применения мышечной пластики, основываясь на том, что мышечные волокна, подшитые к паховой связке подвергаются склеротическим изменениям, и тем самым утрачивая свои функциональные особенности. Если косые паховые грыжи у пациентов почти в 96,8% у прооперированных