

Шалагин Н.И., Пчеловодова Т.Б., Тихонова Г.Н., Поверин Г.В.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

БУЗ «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР», Ижевск

Shalagin N.I., Pchelovodova T.B., Tychonova G.N., Poverin G.V.

LAPAROSCOPIC AT SPLENOPATHIES FOR CHILDREN

Republican Child's Clinical Hospital, Izhevsk

Резюме

В предлагаемой статье авторы приводят свой опыт применения лапароскопии при заболеваниях селезенки у детей.

Ключевые слова: селезенка, лапароскопия, коагуляция

Abstract

In offered article our experience of application of a laparoscopy at diseases of a spleen at children is resulted.

Key words: spleen, laparoscopy, coagulation, children

Выбор метода операции при лечении заболеваний селезенки до настоящего времени остается актуальной проблемой в хирургии детского возраста. При общеизвестных преимуществах лапароскопии перед традиционной хирургией, до сих пор во многих случаях используется лапаротомный доступ к селезенке [1].

Материал и методы исследования

В хирургическом отделении Республиканской детской клинической больницы нами прооперированы лапароскопическим способом 22 ребенка с заболеваниями селезенки, из них 3 с диагнозом «гемолитическая анемия Минковского–Шоффара», 9 пациентов с диагнозом «киста селезенки» и 10 с травматическими повреждениями селезенки, сопровождающимися кровотечением.

Операции выполнены с помощью эндовидеокомплекса «Karl Storz GmbH & Co. KG» (Tuttlingen, Germany), применяли лапароскоп с оптикой 30°.

Лапароскопическая спленэктомия. После наложения карбоксиперитонеума с рабочим давлением 10–12 мм рт. ст. через 13 мм троакар, установленный по верхнему краю пупочной складки, вводили рабочие троакары в типичных точках [2]. Пациента переводили в положение с наклоном вправо на 30–40°. Последовательно, с помощью моно- и биполярной коагуляции проводили разделение селезеночно-ободочной, желудочно-селезеночной и селезеночно-почечной связки. На сосудистую

ножку накладывали эндоскопический линейный сшивающий аппарат с ножом 35 мм. В завершение выделения селезенки рассекали селезеночно-диафрагмальную связку. Для уменьшения размеров препарата рассекали селезеночную вену. Выделившуюся при этом кровь удаляли при помощи аспиратора-ирригатора, что позволило уменьшить размеры удаляемого органа. Препарат из брюшной полости извлекали в пластиковый контейнер методом кускования. При наличии дочерней селезенки последнюю удаляли.

При удалении кисты селезенки первый троакар устанавливали по верхнему краю пупочной складки, остальные – в зависимости от локализации кисты, при расположении кисты по задней поверхности переводили пациента в положение с наклоном вправо. После визуализации производили пункцию кисты с аспирацией содержимого с последующим двукратным введением склерозантов того же объема. Объем кист – от 150 до 1200 мл, экспозиция – по 10 минут. После удаления склерозантов проводили фенестрацию кисты (граница резекции – в 0,5–1 см от паренхимы селезенки) с последующей тщательной ревизией полости кисты для выявления участков выстилки, не подвергшихся коагуляции, обрабатывая их спиртовым раствором йода или используя спрей-коагуляцию. Операцию завершали дренированием полости кисты.

При закрытых повреждениях селезенки после обнаружения места разрыва и оценки характера

кровотечения проводили электрокоагуляцию раневой поверхности при помощи спрей-коагуляции. При неэффективности последней или неполном повреждении сосудистой ножки на раневые поверхности укладывали гемостатические материалы. В качестве последних использовали пластины «сурджицел» или «тахокомб».

Результаты исследования

Лапароскопическая спленэктомия выполнена 3-м детям с анемией Минковского–Шоффара. Продолжительность операции – 90–200 минут, в зависимости от размеров удаляемого органа. Следует отметить, что на извлечение селезенки из брюшной полости было затрачено время, равное приблизительно половине продолжительности всей операции.

После лапароскопической фенестрации кисты селезенки (9 операций) осложнение возникло у 1 пациента в виде рецидива кисты в период освоения методики. Причиной осложнения явились неадекватная обработка склерозантами и недостаточная фенестрация наряду с большим объемом кисты, в последующем ребенку проведена видеоассистированная спленэктомия.

При травматических повреждениях (10) во всех случаях удалось добиться надежного гемо-

стаза. После санации брюшной полости операцию завершали установкой страховочного дренажа через один из имеющихся проколов.

Общим для всех эндохирургических операций являлось пребывание больных в палате интенсивной терапии не более одних суток, при этом течение раннего послеоперационного периода сопровождалось незначительным болевым синдромом, легко купируемым ненаркотическими анальгетиками и отсутствием явлений пареза кишечника. При обследовании в катамнезе не выявлено спаечных и гнойно-воспалительных осложнений при отличном косметическом эффекте.

Исходя из имеющегося опыта считаем возможным выделить следующие моменты.

1. Лапароскопические вмешательства на селезенке требуют от хирурга достаточного опыта проведения эндоскопических операций и владения оперативной техникой открытых вмешательств при необходимости конверсии.

2. Если при диагностической лапароскопии выявляются повреждения селезенки без признаков профузного кровотечения, показано проведение эндогемостаза. При невозможности его полноценного выполнения показан переход на открытую операцию.

Список литературы

1. Атлас детской оперативной хирургии / Под ред. П. Пури; пер. с англ.; под общ. ред. Т.К. Немиловой. – М.: Гольфарта – МЕДпресс-информ, 2009. – С. 419–426.
2. Дронов А. Ф., Поддубный И. В., Котлобовский В. И. Эндоскопическая хирургия у детей / Под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 440 с.

Авторы

Контактное лицо: ШАЛАГИН Николай Игоревич	Врач детский хирург, БУЗ УР «РДКБ МЗ УР», хирургическое отделение. E-mail: dr.Nig@mail.ru
ПЧЕЛОВОДОВА Татьяна Борисовна	Заведующая хирургическим отделением, кандидат медицинских наук, БУЗ УР «РДКБ МЗ УР». Тел.: (912) 858-32-30
ТИХОНОВА Галина Николаевна	Врач детский хирург, БУЗ УР «РДКБ МЗ УР», хирургическое отделение. Тел.: (909) 715-93-79
ПОВЕРИН Геннадий Викторович	Врач детский хирург, БУЗ УР «РДКБ МЗ УР», отделение гнойной хирургии. Тел.: (912) 440-26-94