

(19) **KG** (11) **433** (13) **C1**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО ПО НАУКЕ И (51)⁷ **A61B 17/00**
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 990052.1

(22) 14.10.1999

(46) 01.03.2001, Бюл. №2

(71)(73) Национальный хирургический центр (KG)

(72) Бектуров Ж.Т., Самаков А.А., Кудайбердиев А.Т. (KG)

(54) **Способ резекции селезенки**

(56) А.с. SU 1641285, кл. A61B 17/00, 1991

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано при травматических повреждениях или ранениях селезенки. Задачей изобретения является расширение возможностей способа резекции селезенки при ее травматических повреждениях и ранениях, а также сохранение адекватной трофики в неповрежденном сегменте селезеночной ткани. Задача решается тем, что после выделения селезенки с сохранением сосудов ее верхнего полюса, идущих от желудка и диафрагмы, перевязки магистральных сосудов селезеночных артерий и вены в воротах селезенки, проводят ее резекцию по линии ранения или травматического повреждения и на резецированную поверхность селезенки подшивают часть большого сальника на питающей ножке, затем неповрежденный сегмент на питающей ножке переносят и имплантируют на боковой стенке в толщу поперечной мышцы живота. 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано при травматических повреждениях, ранениях или заболеваниях селезенки.

Известен способ полного удаления селезенки (спленэктомия), включающий перевязку и пересечение желудочно-селезеночной, поджелудочно-селезеночной и селезеночно-ободочной связок, которые имеют в своем составе все сосуды, приходящие и отходящие от селезенки и последующее полное удаление этого органа (Оперативная хирургия Под ред. И. Литмана. - Будапешт: Akademia Kiado, 1982. - С.677-680).

Однако, способ не обеспечивает сохранения функции селезенки и не исключает осложнения в виде кровотечения, склонности раны брюшной стенки после спленэктомии к расхождению, и иногда к образованию поддиафрагмального абсцесса, вызванного различными причинами.

Известен способ резекции селезенки при ее травматических повреждениях и заболеваниях, с целью уменьшения травматичности и упрощения техники проведения операции. Суть способа в том, что селезенку выделяют с сохранением сосудов ее верхнего по-

люса, идущих от желудка и диафрагмы, перевязывают магистральные стволы селезеночных артерий и вены в воротах органа, после чего селезенку резецируют по границе ишемии (А.с. SU №1641285, кл. A61B 17/00, 1991).

Однако способ имеет недостатки, прежде всего, при резецировании трудно определить границу ишемии, т.к. при перевязке основной селезеночной артерии картина ишемии будет равномерной. По данной методике оставленные два сосуда (один из коротких желудочных сосудов и артерии диафрагмально-селезеночной связки) в верхнем полюсе не поврежденного ишемией сегмента селезеночной ткани не обеспечивают сохранение адекватной трофики (кровоснабжения) селезенки. Способ ограничен в использовании и не предусматривает экстренных случаев, а именно ранений и разрывов селезенки.

Задачей изобретения является расширение возможностей способа резекции селезенки при ее травматических повреждениях и ранениях, а также сохранение адекватной трофики в неповрежденном сегменте селезеночной ткани.

Задача решается тем, что после выделения селезенки с сохранением сосудов ее верхнего полюса, идущих от желудка и диафрагмы, перевязки магистральных сосудов селезеночных артерий и вены в воротах селезенки, проводят ее резекцию по линии ранения или края травматического повреждения и на резецируемую поверхность селезенки подшивают часть большого сальника на питающей ножке, затем неповрежденный сегмент на питающей ножке переносят и имплантируют на боковой стенке в толщу поперечной мышцы живота.

Способ осуществляется следующим образом.

Параллельно реберной дуге косым разрезом слева вскрывают брюшную полость. Производят мобилизацию нижнего полюса и ворот селезенки. Селезеночные артерию и вену перед их делением на сегментарные сосуды прошивают, перевязывают и пересекают. Короткие желудочные сосуды, идущие к верхнему полюсу селезенки в составе желудочно-селезеночной и диафрагмально-селезеночной связок сохранены. Селезенку по линии травмы или заболевания резецируют с оставлением в верхнем полюсе неповрежденного сегмента, кровоснабжение которого осуществляется за счет оставленных сосудов. Размер сегмента не менее 4 x 2 см. По линии пересеченного сегмента подшивают часть большого сальника на питающей ножке. Затем неповрежденный сегмент селезеночной ткани вместе с оставленными сосудами и частью большого сальника на питающей ножке переносят и имплантируют на боковой стенке в толщу поперечной мышцы живота. К ложу селезенки подводят дренаж. Рана передней брюшной стенки послойно ушивается наглухо.

Пример

Больной К. (история болезни №6537/98), 1959 г.р., поступил в Национальный хирургический центр с наличием тупой травмы живота и травматического разрыва селезенки, внутрибрюшного кровотечения и гемодициркулярного шока III степени. Через 30 мин от момента поступления больной был взят на операционный стол. После проведения верхне-срединной лапаротомии в брюшной полости было обнаружено до 1000 мл жидкой крови. Произведена реинфузия 600 мл крови. Обнаружен разрыв селезенки в области ее ворот размером 3 x 2 см с обширным повреждением селезеночной артерии и вены на фоне продолжающегося профузного кровотечения. Подобные повреждения селезенки восстановлению не подлежали. Произведена проксимальная субтотальная резекция селезенки и далее с техникой выполнения полностью по изобретенному способу. К ложу селезенки подведена силиконовая дренажная трубка с выведением ее наружу через левое подреберное пространство. Другой патологии в ложе обнаружено не было. Операция закончена послойным ушиванием раны. Послеоперационный период протекал гладко. Через 7 сут после операции произведено ультразвуковое сканирование левого поддиафрагмального пространства, в котором был обнаружен не поврежденный сегмент селезеночной ткани прежних размеров и без признаков абсцедирования и воспаления.

В Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики подобные оперативные вмешательства были проведены 6-ти больным. Во всех случаях послеоперационный период протекал гладко, осложнений не отмечено.

Таким образом, полноценное кровоснабжение в неповрежденном сегменте селезенки создается за счет дополнительной питающей ножки большого сальника и реваскуляризации сосудов между поперечной мышцей живота и не поврежденным сегментом селезенки.

Формула изобретения

Способ резекции селезенки, включающий выделение селезенки с сохранением сосудов ее верхнего полюса, идущих от желудка и диафрагмы, перевязку магистральных сосудов селезеночных артерий и вены в воротах селезенки, и ее резекцию по линии ранения или края травматического повреждения, отличающийся тем, что после резекции на резецируемую поверхность селезенки подшивают часть большого сальника на питающей ножке, затем неповрежденный сегмент на питающей ножке переносят и имплантируют на боковой стенке в толщу поперечной мышцы живота.

Составитель описания

Журина Г.А.

Ответственный за выпуск

Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41, факс: (312) 68 17 03