

Спленектомія у пацієнтів із гематологічною патологією

Л.М. Душик, Н.В. Черкова, А.О. Душик

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Харків

Реферат

Вступ. Спленектомія (СЕ) у гематологічних хворих супроводжується підвищеним ризиком, обумовленим наявністю в більшості випадків порушенням гемостазу. Все це визначає пошук більш сприятливих методів хірургічних втручань у пацієнтів із захворюваннями системи крові.

Мета дослідження. Поліпшити результати хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями системи крові шляхом планування способу спленектомії.

Матеріали та методи. Робота виконана на підставі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 102 хворих з різними захворюваннями системи крові, які потребували оперативного лікування. Крім лабораторної діагностики особлива увага приділялася анамнезу: тривалості захворювання, гормональної терапії; інструментальних методів дослідження: УЗД органів черевної порожнини і КТ, а також нозологіям. Для мобілізації селезінки використовували ультразвуковий скальпель (УЗС). Для обробки судинної ніжки застосовували швиючий апарат EndoGIA-30 (AutoSuture).

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз отриманих результатів СЕ у хворих гематологічного профілю показав, що вибір доступу залежить від багатьох причин, які можна встановити ще до операції за допомогою УЗД і КТ.

Випадків конверсії не було, що можна пояснити можливістю об'єктивного доопераційного планування, в результаті якого у випадках несприятливих для лапароскопічного втручання було прийнято рішення про виконання відкритої СЕ. Відсутність ускладнень і летальних випадків при СЕ у гематологічних хворих свідчить про ефективність використання УЗС та швиючих апаратів EndoGIA-30 (AutoSuture) для мобілізації селезінки.

Використання УЗД і КТ відіграє важливу роль при плануванні способу спленектомії, що дозволяє уникнути випадків конверсії. Одночасне застосування УЗС і швиючого апарату для виконання СЕ дозволяє уникнути ускладнень.

Ключові слова: гематологічна патологія, швиючий апарат, спленектомія, ультразвуковий скальпель

Splenectomy in patients with haematological pathology

L.M.Dushik, N.V. Cherkova, A.O. Dushik

V. N. Karazin Kharkiv National University

Medical Faculty, Department of surgical diseases, Kharkiv

Abstract

Splenectomy (SE) in hematologic patients is accompanied by an increased risk due to the presence of a hemostasis violation in most cases. All this determines the search for more favorable methods of surgical intervention in patients with diseases of the blood system.

The purpose of the study is to improve the results of surgical treatment of patients with blood system diseases by planning the method of splenectomy.

The work was performed on the basis of a comprehensive clinical-laboratory and instrumental examination of 102 patients with various diseases of the blood system that needed surgical treatment. In addition to laboratory diagnosis, special attention was given to the anamnesis: duration of the disease, hormonal therapy; instrumental research methods: ultrasound of the abdominal cavity and CT, as well as nosologies. A harmonic scalpel was used to mobilize the spleen. The EndoGIA-30 stapler (AutoSuture) was used to treat the vascular pedicle.

Analysis of the results of SE in patients with hematological profile showed that the choice of surgical access depends on many factors which can be set before operation by dint of ultrasound and CT.

There were no conversion cases, which could be explained by the possibility of objective preoperative planning, as a result of which in cases of laparoscopic adverse events, a decision was made to perform open type of SE. The absence of complications and fatal cases at SE in hematologic patients shows the efficacy of the use of harmonic scalpel and EndoGIA-30 (AutoSuture) staplers to mobilize the spleen.

The use of ultrasound and CT plays an important role in planning the method of splenectomy, which avoids cases of conversion. Simultaneous use of harmonic scalpel and Autosuture staplers for performing SE helps to avoid complications.

Key words: hematological pathology, Autosuture stapler, splenectomy, harmonic scalpel

Вступ. Спленектомія (СЕ) є патогенетично обґрунтованим втручанням при спадковій гемолітичній анемії, аутоімунній гемолітичній анемії, гіпо- і апластичній анемії, хронічних мієло- і лімфопроліферативних захворюваннях, лімфогранулематозі, ідіоматичній тромбоцитопенічній пурпурі, у хворих з синдромом гіперс-

пленізму, а також при захворюваннях селезінки, що вимагають «уточнення» діагнозу [1,2,3].

СЕ у гематологічних хворих супроводжується підвищеним ризиком, обумовленим наявністю в більшості випадків порушенням гемостазу [4,5,6]. Все це визначає пошук більш сприятливих методів

хірургічних втручань у пацієнтів із захворюваннями системи крові.

В даний час для виконання спленектомії існують різні операційні доступи, з них найбільш широко використовуються верхня середина лапаротомія, косий, кутовий і параректальний операційні доступи [7,8].

Переваги лапароскопічної спленектомії (ЛСЕ) перед традиційною операцією полягають в малій травматичності, скорочення часу госпіталізації після операції, ранній фізичній активності і незначному косметичному дефекті.

Протипоказання до виконання ЛСЕ: абсолютними є портальна гіпертензія і непереборна коагулопатія; відносними – попередні операції на органах черевної порожнини з розвитком злукового процесу, ожиріння, серцева і / або легенева недостатність, виражена спленомегалія, періспленіт і лімфоїдна інфільтрація ніжки селезінки [9].

Встановлено, що для успішного виконання ЛСЕ необхідні відомості про індивідуальні топографо-анатомічні особливості, в тому числі дані про ангіоархітектоніку басейну селезінкової артерії. При цьому саме топографо-анатомічні особливості зони втручання в 3,9–6,7% випадків служать причиною переходу від ЛСЕ до відкритої операції [10].

До теперішнього часу дискусія про переваги того чи іншого методу СЕ триває. З огляду на вищевикладене, нами було виконано дослідження, спрямоване на підвищення клінічної ефективності СЕ при патології системи крові.

Мета дослідження. Поліпшити результати хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями системи крові шляхом планування способу спленектомії.

Матеріали та методи. Робота виконана на підставі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 102 хворих з різними захворюваннями системи крові, які потребували оперативного лікування. Прооперовано 44 чоловіків і 58 жінок. Вік хворих становив від 18 до 64 років. Анемії виявлені у 31 (30,2%) пацієнта, з них аутоімунні гемолітичні анемії – у 18 хворих, вроджені гемолітичні анемії – у 9, апластичні анемії – у 4; тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа) визначалася у 31 (30,2%) хворого; спленомегалія – у 40 (39,4%) –лімфома селезінки. Традиційна спленектомія виконана 84 пацієнтам, ЛСЕ виконана 18 пацієнтам.

Показання до СЕ були визначені суто індивідуально після проведеного обстеження і лікування в гематологічному стаціонарі.

Представлені спостереження накопичені в клініці хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна на базі хірургічного відділення Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 2, за період з 2000 р. по 2017 р. включно.

Крім лабораторної діагностики особлива увага приділялася анамнезу: тривалості захворювання, гормональної терапії; інструментальних методів дослідження: УЗД органів черевної порожнини і КТ, а також нозологіям.

УЗД органів черевної порожнини проводили з використанням апаратів Sonoace 4800 фірми "Medison", Toshiba Nemio і Philips HDI 4000, в режимі реального часу. Використовували лінійні, секторальні і конвексний датчики з частотою від 2 до 5 МГц, а також доплерівський і енергетичний датчики.

Для вибору способу СЕ вважали важливим визначити розміри селезінки, оцінити розташування підшлункової залози по відношенню до воріт селезінки, виявити наявність лімфатичних вузлів у воротах селезінки, а також виявити додаткові селезінки, оскільки інтраопераційно ідентифікувати додаткову селезінкову тканину буває дуже важко [10]. Приділяли увагу ретельному збору анамнезу, з метою уточнення тривалості прийому специфічної терапії.

Для мобілізації селезінки використовували УЗС. Для обробки судинної ніжки застосовували зшиваючий апарат EndoGIA-30 (AutoSuture).

Таким чином, при плануванні операції всебічно оцінювали фактори, що впливають на технічні можливості виконання СЕ.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз отриманих результатів СЕ у хворих гематологічного профілю показав, що вибір доступу залежить від багатьох причин, які можна встановити ще до операції за допомогою УЗД і КТ.

Так, при тривалому (більше року) прийомі гормональної терапії, при нормальних розмірах селезінки або помірній спленомегалії у 6 пацієнтів з ідіопатичною тромбоцитопенічною пурпурою були встановлені явища періспленіту, була виконана традиційна спленектомія, при якій виявлено значні зрощення діафрагмальної поверхні селезінки з діафрагмою і парієтальної очеревиною.

В результаті тривалого прийому гормональних препаратів з приводу аутоімунних гемолітичних анемії у хворих розвивається ожиріння, тому в 3 випадках перевагу віддавали лапаротомному доступу.

При збільшенні селезінки більше 20 см, незалежно від нозології виконували традиційну СЕ, це пов'язано не тільки з неможливим проведенням ендохірургічних маніпуляцій, в зв'язку зі зменшенням робочого простору в черевній порожнині, а й розвитком серйозних інтраопераційних ускладнень: масивної кровотечі, пошкодження суміжних органів, імплантації спленоцитів при неминучому ятрогенному пошкодженні капсули селезінки і розвитку спленозу в віддаленому післяопераційному періоді з розвитком рецидиву захворювання.

Якщо на доопераційному етапі була виявлена лімфоїдна інфільтрація судинної ніжки селезінки

при лімфомах селезінки, також виконували традиційну СЕ.

Незалежно від способу СЕ селезінку видаляли без фрагментування. При ЛСЕ – через мінілапаротомний доступ в лівому підребер'ї, з метою подальшого морфологічного і гістохімічного дослідження, для встановлення заключного гематологічного діагнозу. Ускладнень і летальних випадків при традиційній СЕ і ЛСЕ не спостерігалось.

Максимальний розмір видаленої селезінки при лапаротомному доступі 30x17x15 см, при ЛСЕ-12x8x6 см.

При аналізі частоти застосування традиційної СЕ і ЛСЕ було встановлено, що ЛСЕ частіше виконувалася хворим з імунною тромбоцитопенією. Пояснити це можна тим, що при виконанні традиційної СЕ розмір селезінки значення не має, а при видаленні селезінки лапароскопічним шляхом розмір її був одним з вирішальних чинників до її застосування. У хворих на імунну тромбоцитопенію практично немає вираженої спленомегалії, що визначає безпеку застосування ЛСЕ у даної групи хворих.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при виконанні наукового дослідження та підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Автори гарантують, що вони не отримували жодних винагород в будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:

Душик Л.М. – розробка концепції і дизайну дослідження, аналіз отриманих даних, редагування;

Черкова Н.В. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних, підготовка тексту статті;

Душик А.О. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних, підготовка тексту статті.

Список використаної літератури

1. Shutov SA, Karagyulyan SR, Danishyan KI. Osobennosti lecheniya ostryih hirurgicheskikh zabolevaniy organov bryushnoy polosti u bolnyih gemofiliey. *Hirurgiya*. 2014;3:25-31. [In Russian].
2. Zheng D. Laparoscopic splenectomy for primary immune thrombocytopenia: Current status and challenges. *World J. Gastrointest. Endosc.* 2016;8(17):610-15.
3. Giudice V. Role of Laparoscopic Splenectomy in Elderly Immune Thrombocytopenia. *Open Med. (Warsaw, Poland)*. 2016;11(1):361-8.
4. Termos S. Torsion of huge wandering accessory spleen. *Casereport and review of literature. Int. J. Surg. Case Rep.* 2017;38:131-5.
5. Moris D, Dimitriou N, Griniatsos J. Laparoscopic Splenectomy for Benign Hematological Disorders in Adults: A Systematic Review. *In Vivo*. 2017;31(3):291-302.
6. Petroianu A. Subtotal splenectomy preserving the inferior splenic pole for the treatment of Hodgkin's lymphoma. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2017;36:1-3.
7. Galstyan GM, Bazhenov AV, Danishyan KI, Sorkina OM, Al-Radi LS, Korzhova SM, et al. Rol splenektomii v lechenii ostroy dyihatelnoy nedostatochnosti u bolnoy volosatokletochnyim leykozom. *Gematologiya i transfuziologiya*. 2017;1:51-54. [In Russian].
8. Danishyan KI, Soboleva OA, Galstyan GM, Zvereva AV, Sorkina OM. Laparoskopicheskaya splenektomiya pri immunnoy trombotsitopenicheskoy purpure u beremennyih. *Terapevticheskiy arhiv*. 2016;7:109-13. [In Russian]
9. Parovichnikova EN. Lechenie bolnyih ostrymi mieloidnyimi leykozami po protokolu rossiyskogo mnogotsentrovogo randomizirovannogo issledovaniya OML -01.10: rezultaty koordinatsionnogo tsentra. *Terapevticheskiy arhiv*. 2014;7:14-23. [In Russian]
10. Bo W, He-Shui W, Guo-Bin W, Kai-Xiong T. Laparoscopy splenectomy for massive splenomegaly. *J. Invest. Surg.* 2013;26(3):154-161.

Стаття надійшла до редакції: 18.09.2017 р.