

Рис.2. Этапы оперативного вмешательства:

а — проведение линейного степлера по трубке за стенку прямой кишки; б — отсечение участка кишки с опухолью.

с опухолью отсекалась (рис. 2, б). В проксимальный конец внедрялась головка циркулярного сшивающего аппарата, культя затягивалась кисетным швом и погружалась в брюшную полость. Трансанально вводилась базовая часть циркулярного степлера и адаптировалась с головкой. Выполнялось прошивание кишки и извлечение аппарата. Операция заканчивалась ушиванием перинеотомной раны и дренированием параректального пространства.

Данная техника использовалась для удаления рака прямой кишки у 7 больных в возрасте 50-63 лет (женщин — 3, мужчин — 4). В 3 случаях использовалась передняя перинеотомия и в 4 — задняя. В 2 случаях аorto-подвздошная лимфодиссекция проводилась с сохранением гипогастриального нерва. Летальных исходов не было. У 1 больной в течение 6 суток отмечалась дисфункция мочевыводящей системы. Средняя продолжительность операции составила 215 мин. У всех больных выполнялась лимфаденэктомия в объеме D'3. У 1 больного был сформирован резервуарный J-образный колоанальный анастомоз. Отмечены все традиционные преимущества лапароскопического доступа. У 5 пациентов обнаружены метастазы в лимфоузлах. Во всех случаях зарегистрированы хорошие функциональные результаты. Отдаленные результаты прослежены у всех больных (максимальный период наблюдения 1 год) — рецидивов не выявлено.

Наши наблюдения показали, что у женщин целесообразнее использовать переднюю перинеотомию (срав-

нительно легко расщепляется ректовагинальная перегородка и открывается доступ в брюшную полость), а у мужчин — заднюю. При этом обеспечивается минимальная травматичность операции, исключается повреждение мужских мочеполовых органов (простаты, уретры), что способствует в дальнейшем сохранению половой функции. Данная техника позволяет хирургу использовать тактильную чувствительность. Таким образом, предложенная методика позволяет сформировать низкий колоректальный или колоанальный анастомоз лапароскопическим доступом и характеризуется меньшей травматичностью и стоимостью.

## Литература

1. Клейн К.В., Лахин А.В., Латышев Ю.П., Кривошеев К.В. // V Всерос. конф. «Актуальные проблемы колопроктологии»: Тез. докл. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 167.
2. Франклин М.Е. // Малоинвазивная колопроктология / Под ред. М.А. Аррегни. — М.: Медицина, 1999. — С. 212-225.
3. Kitamura K., Taniguchi H., Yamaguchi T. et al. // Hepatogastroenterology. — 1997. — Vol. 44, No. 13. — P. 108-115.
4. Trebuchet G., Lechaux D., Le Calve J.L., Launois B. // Surg. Endosc. — 1998. — Vol.12, No. 5. — P. 584.

Поступила в редакцию 02.04.03.

## TECHNIQUE OF LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION OF RECTUM WITH AORTOILIAC LYMPHADENECTOMY

K.V. Puchkov, D.A. Khubezov, E.A. Yudina

I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan Regional Clinical Hospital

**Summary** — The authors described the procedure of laparoscopic application of low colo'rectal and colo'anal anastomoses when operating on account of rectal cancer conducting lymphadenectomies. 7 operations had been performed. Later on, the authors marked all the traditional advantages of the laparoscopic approach and good functional results of the treatment. In the course of a year after the interventions there were no recurrent tumors.

*Pacific Medical Journal, 2004, No. 1, p. 25-26.*

УДК 616.411'001.4'089.87

В.В. Шапкин, А.Н. Шапкина, А.П. Пилипенко,  
О.Г. Полушин

## СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ

Владивостокский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** селезенка, травма, резекция.

Понимание роли селезенки привело к более частому применению органосохраняющих операций и консервативного лечения [1, 2]. В то же время имеется группа больных, у которых сложно отказаться от спленэктомии, причем во многих стационарах предпочтение отдается хирургическим методам лечения [3, 4]. В свя-

зи с этим мы поставили перед собой задачу внедрить в клинику новый способ резекции селезенки, предварительно отработав его в эксперименте.

Настоящая работа основана на анализе обследования и лечения 226 детей в возрасте от 1 до 14 лет с закрытой травмой селезенки за 1979-2003 гг. (164 мальчика и 62 девочки). Сделаны 91 спленэктомия, 25 спленэктомий с аутоотрансплантацией селезеночной ткани, 10 органосохраняющих операций и 16 лапароскопических вмешательств. Консервативное лечение проведено в 62 наблюдениях. К органосохраняющим относили операции спленорафии и резекции селезенки. Из 226 пострадавших 198 выписаны с выздоровлением, а 9 потребовалось лечение по поводу сопутствующих травм. Умерло 19 детей (8,4%), причем летальных исходов при изолированной травме селезенки не наблюдали.

Причинами смерти были тяжелые сочетанные и множественные травмы. В одном случае осложнение (пневмония) после спленэктомии была предположительно связана с угнетением иммунитета, но специфические иммунологические тесты в ранний период настоящей работы не проводились.

Для уточнения возможности сохранения части селезенки на коротких желудочных сосудах при отсутствии кровоснабжения из селезеночной артерии и отработки техники резекции с сохранением верхнего полюса органа\* проведено экспериментальное исследование. Во время первой операции подопытному животному перевязывали магистральные сосуды селезенки и проводили резекцию нижней части органа — от 1/3 до 3/4 в разных сериях (рис. 1). Затем после периода наблюдения (от 2 недель до 3 месяцев) проводили вторую операцию. Макроскопически оценивали жизнеспособность оставленного на желудочных сосудах участка селезенки, его цвет, размер, консистенцию. Фрагмент удаляли, взвешивали и проводили гистологическое исследование. Препараты окрашивались гематоксилином и эозином, а также по Романовскому-Гимза для лучшей идентификации гистологических структур. Всего было проведено 45 операций на 24 животных (крысы, собаки и кролики). В целом микро- и макроскопические изменения участков селезенки, удаленных во время повторной операции, свидетельствовали о том, что жизнеспособность органа сохранялась в условиях коллатерального кровообращения за счет коротких желудочных сосудов. Приводим собственное наблюдение, демонстрирующее целесообразность подобных операций.

Девочка Д., 8 лет, поступила 18.02.2002 г. на оперативное лечение по поводу посттравматической кисты селезенки, выявленной около года назад. На сонограмме селезенка размером 11,0-4,7 см, в области ворот — округлая тонкостенная киста с четкими контурами. 27.02.2002 г. выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в центральной части селезенки обнаружено кистозное шаровидное образование до 4,5 см в диаметре. По медиальной и нижней поверхностям кисты проходили магистральные сосуды, поэтому клиновидно резецировать селезенку или вылушить кисту не представлялось возможным. Принято решение о резекции селезенки по указанной методике. Проведены перевязка и пересечение сосудов в области ворот и нижнего полюса селезенки. Верхний полюс селезенки сохранен на желудочно-селезеночной связке. После пересечения магистральных сосудов селезенка отделена острым путем выше кисты. Раневая поверхность ушита отдельными швами (полисорб 4/0). Цвет верхнего полюса после ушивания и погружения в брюшную полость восстановился до обычного. Послеоперационный период протекал без осложнений. На сонограмме от 06.03.2002 г. верхний полюс селезенки визуализировался как образование 7,2-3,3 см с неоднородной эхоструктурой и нечетким нижним краем. Наступило выздоровление.

Сравнивая результаты лечения детей с закрытой травмой селезенки, мы пришли к мысли о необходимости

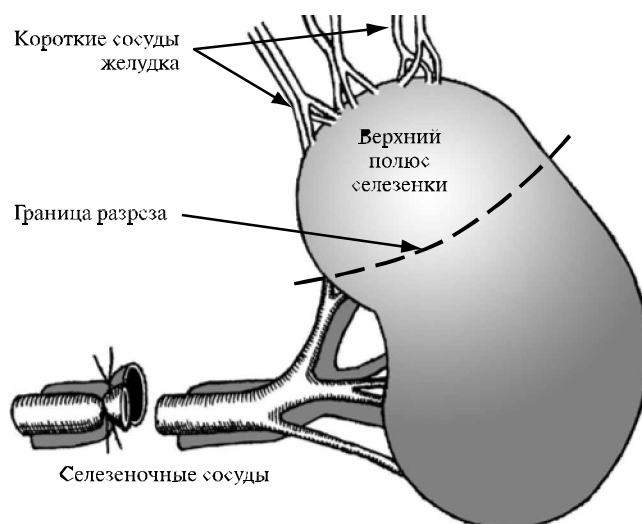


Рис. 1. Схема операции.

димости изменения тактических установок для детских хирургов при данной патологии. Важная роль органа и возможность сохраняющего лечения становятся теми отправными моментами, которые заставляют сделать упор на сохранение части или всей селезенки. Существует возможность значительного ограничения хирургической активности по отношению к детям с закрытой травмой селезенки в пользу расширения показаний к консервативной тактике. Так, за период с 2000 г. из 37 подобных наблюдений в нашей клинике спленэктомия проведена только в одном. Возможность сохранения участков селезенки на существующих сосудах может значительно сузить показания к спленэктомии. Если избежать удаления или резекции более половины органа невозможно, следует проводить аутотрансплантацию селезеночной ткани.

## Литература

1. Розин В.М., Савельев С.Б., Рябинская Г.В. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 1994. — Т. 39, № 2. — С. 20-25.
2. Bond Sh.J., Eichelberger M.R., Gotschall C.S. // *Ann. Surgery*. — 1996. — No. 3. — P. 286-289.
3. Godbole P., Stringer M. // *Ann. Coll. Surgery*. — 2002. — No. 2. — P. 106-108.
4. Stylianos S. // *Semin. Ped. Surgery*. — 1995. — Vol. 4, No. 2. — P. 116-119.

Поступила в редакцию 05.12.03.

## METHOD OF SPLEEN RESECTION

V.V. Shapkin, A.N. Shapkina, A.P. Pilipenko, O.G. Polushin  
Vladivostok State Medical University

**Summary** — The authors introduced a new method of spleen resection having been used during the experiment. It was carried out so as to specify the probabilities to preserve a part of the spleen on the short stomachal vessels when there is no blood supply from splenic artery, as well as to develop the spleen resection technique preserving its upper pole. The work demonstrates the probability of the reduction of indications for splenectomy under closed injury of the organ at children.

*Pacific Medical Journal*, 2004, No. 1, p. 26-27.

\* Рационализаторское предложение № 2437/1 от 03.01.02 г., выданное патентным отделом ВГМУ.