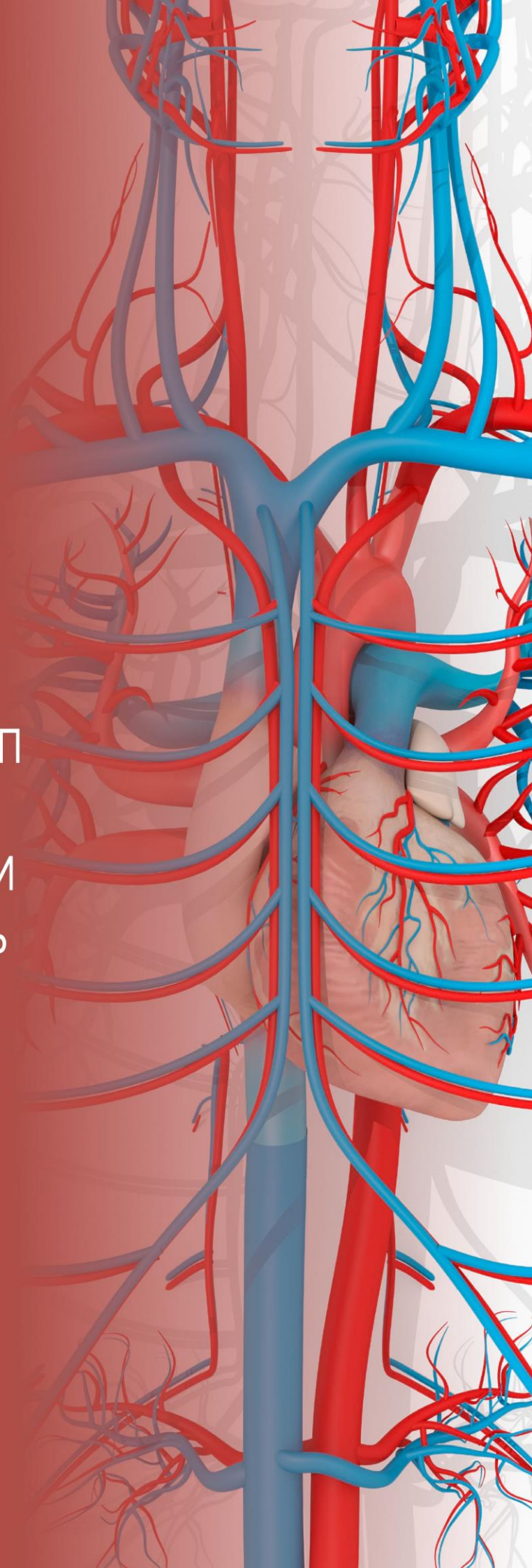


РОЗДІЛ 17

ОПЕРАТИВНИЙ ДОСТУП
ПРИ ТРАВМІ ЖИВОТА:
ДОСТУП ДО СЕЛЕЗІНКИ
ТА ДО ЇЇ ПОШКОДЖЕНЬ



Оперативний доступ при травмі живота: доступ до селезінки та до її пошкоджень

У цьому розділі обговорюється хірургічний доступ та мобілізація селезінки.

Цілі навчання

До кінця курсу ASSET учасники повинні вміти наступне:

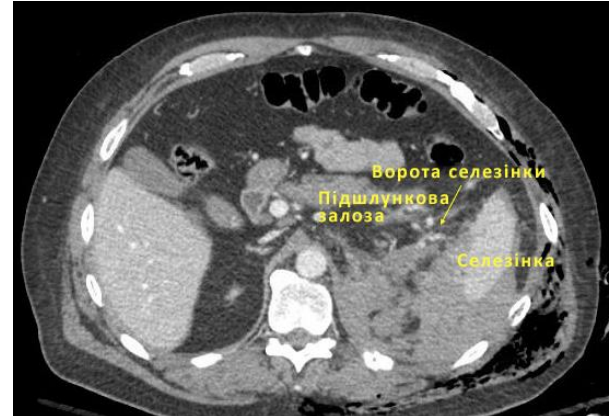
1. Продемонструвати етапи мобілізації селезінки.
2. Продемонструвати виділення селезінкових ворітних судин та спленектомію.

Особливості

- Хоча консервативне лікування травм селезінки є досить поширеним, хірургічне втручання на селезінці залишається важливим методом у пацієнтів, які не мають показань до консервативного лікування, або в яких останнє було неуспішним.
- Настанови щодо консервативного лікування травм селезінки доступні на веб-сайті EAST, www.east.org.
- Пацієнти, які потребують операції на селезінці, часто мають активну кровотечу та гемодинамічно нестабільні, тому дуже важливо, щоб хірург мав можливість швидкого та ефективного хірургічного доступу з метою зупинки кровотечі.
- В умовах обмежених ресурсів без доступу (або з обмеженим доступом) до препаратів крові або інтервенційної радіології слід розглянути виконання ранньої спленектомії замість консервативного лікування. Крім того, якщо пацієнт потребує тривалого транспортування на вищий рівень надання медичної допомоги, а ретельне спостереження і часті переоцінки неможливі, рання спленектомія може бути виправданою в таких випадках.
- Пацієнтам, які потребують оперативного втручання, слід виконати невідкладну (травматологічну) лапаротомію, як описано в розділі 15.

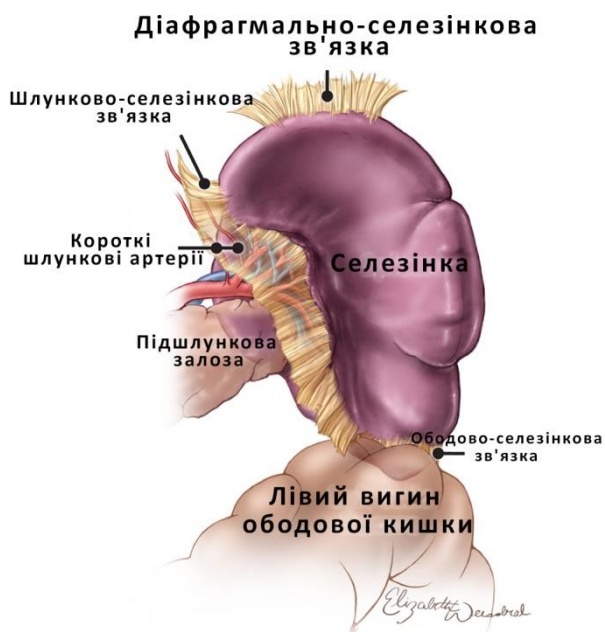
Техніка: Екстрений оперативний доступ при спленектомії

- Виконують широкий розріз по серединній лінії; оперуючий хірург при цьому стоїть із правого боку від пацієнта.
- Важливо пам'ятати про синтопію (взаємне розташування) селезінки, нирки і хвоста підшлункової залози (Мал. 1)



Малюнок 1. На КТ черевної порожнини видно заднє розташування розірваної селезінки та її розміщення відносно до хвоста підшлункової залози.

- Селезінка знаходиться задньолатерально і для огляду та лікування повинна бути мобілізована до серединної лінії.
- Мобілізація селезінки вимагає розсічення її зв'язок (діафрагмально-селезінкової, нирково-селезінкової, ободово-селезінкової та шлунково-селезінкової), які з'єднують її з навколишніми структурами (Мал. 2).
- Хірург захоплює селезінку недомінантною рукою і відводить до середини, обережно розділяючи зв'язки за допомогою довгих ножиць або електрокоагулятора (Мал. 3).
- У випадку травми зв'язки можуть вже бути частково або повністю розірвані; у такому разі можлива швидка сепарація тупим шляхом.
- Розміщення адсорбуючих серветок під селезінкою може допомогти вивести її медіально і дотривати.
- Після мобілізації селезінки її ворота можна контролювати мануально (за допомогою пальцевого притискання).

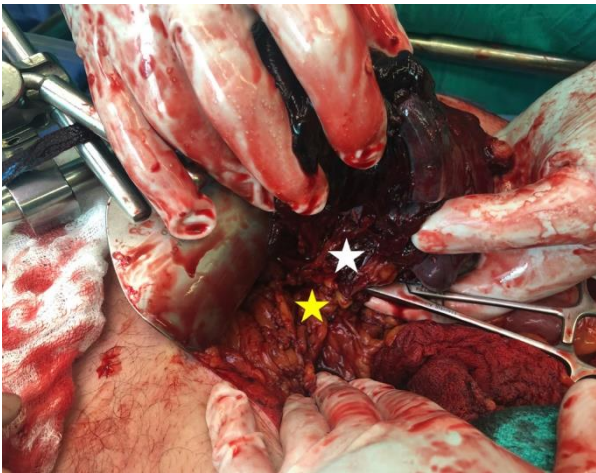


Малюнок 2. Щоб мобілізувати селезінку для її видалення або відновлення, необхідно роз'єднати зв'язки, якими вона прикріплена до навколишніх структур.

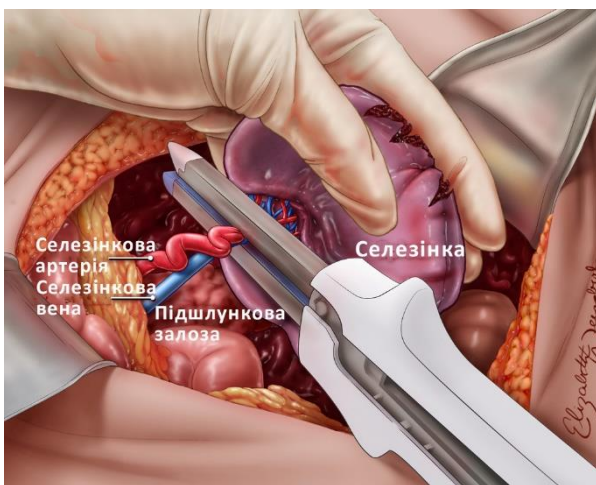


Малюнок 3. Селезінку захоплюють і мобілізують передньомедіально, до серединної лінії, розсікаючи зв'язки, якими вона прикріплена.

- Короткі судини шлунка, які проходять у шлунково-селезінковій зв'язці, розсікають і перев'язують, намагаючись уникнути травмування шлунка. Цей маневр відкриває доступ до воріт селезінки.
- Рішення про збереження селезінки або проведення спленектомії вимагає врахування загальної складності травм пацієнта та потенційної майбутньої крововтрати. Зазвичай, якщо у пацієнта є інші травми або фізіологічні порушення, **спленектомія виконується за замовчуванням.**
- Судини воріт селезінки можуть бути відокремлені (окремо або блоком) і перев'язані (Мал. 4).
- Альтернативно, судини воріт можна розсікти за допомогою медичного степлера (Мал. 5).
- Необхідно бути обережним, щоб не травмувати хвіст підшлункової залози під час перетискання або розсічення судин воріт селезінки.
- У пацієнтів з гіпотензією важливо оглянути ложе селезінки після нормалізації артеріального тиску та перед ушиванням живота. Не перев'язані на початку короткі судини шлунка можуть рясно кровоточити після відновлення перфузії.
- Серветки, розміщені в лівому верхньому квадранті живота, слід час від часу забирати; при цьому хірург зміщує їх передньомедіально, щоб оцінити стан селезінкового ложа. Таким чином асистент може легко побачити і зупинити будь-яку подальшу кровотечу.
- Якщо була проведена спленектомія, не забудьте провести відповідну імунізацію, щоб запобігти подальшому інфікуванню інкапсульованими організмами.



Малюнок 4. Ворота селезінки (біла зірочка) виділені дистальніше хвоста підшлункової залози (жовта зірочка). Судини можна перев'язати і перерізати.



Малюнок 5. Ворота селезінки пересікаються судинним степлером.