

1. Захаров Е. И. и Захаров А. Е. Тонкокишечная пластика при гастроэктоми и резекции желудка. Медгиз, М., 1962. — 2. Захаров Е. И. Хирургия. 1957, 3; 1960, 4; 1964, 4. — 3. Захаров Е. И. и Лавров О. О. Хирургия. 1961, 8. — 4. Захаров Е. И. и Захаров А. Е. Тр. Крымского мед. ин-та, 1957, т. XVII; 1958, т. XX. — 5. Захаров Е. И. Нов. хир. арх. 1956, 4. — 6. Зарубин С. А. Клин. мед. 1958, 2. — 7. Комаровский Ю. Т. Вест. хир. 1962, 3. — 8. Комаровский Ю. Т. Клин. хир. 1963, 8. — 9. Филиппович С. И., Амиров Н. Ш. и др. Компенсаторные процессы в пищеварительной системе после резекции желудка и тонкого кишечника. Медгиз, М., 1963. — 10. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. Медгиз, 1955; Хирургия язвенной болезни желудка. Медгиз, М., 1962.

Поступила 23 декабря 1964 г.

УДК 616.36—004

ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ ЛИ СПЛЕНЭКТОМИЯ ИЛИ ПЕРЕВЯЗКА СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ?

Д. В. Усов

Кафедра общей хирургии (зав. — доц. Ю. М. Дедерер) Алтайского медицинского института и госпиталь инвалидов войны (начальник — И. В. Любкин)

Нередко ведущими симптомами в клинике цирроза печени бывают признаки портальной гипертензии. Одним из грозных симптомов является кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка. Для его профилактики до недавнего времени довольно широко прибегали к спленэктомии, полагая, что удаление селезенки способствует значительной разгрузке портальной системы. Однако опыт показал, что это мероприятие далеко не всегда уменьшает симптомы портальной гипертензии, а иногда наоборот, провоцирует появление массивных кровотечений, в том числе и в ближайшие дни после операции.

Произведя за последнее время спленэктомию у 9 больных, мы наблюдали массивное кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка в ближайшие 4—21 сутки после операции у 2 и вскоре после выписки из клиники — у одного.

Каждый хирург, которому приходилось оперировать больных с портальной гипертензией, не раз убеждался, что у них подчас резко выражен периспленит. В имеющихся спайках налицо развитые венозные анастомозы с забрюшинным (околопочечным) пространством, боковой брюшной стенкой и диафрагмой. Спленэктомия в таких случаях неизбежно связана с рассечением спаек, а следовательно, и с нарушением мощного сосудистого коллектора, в определенной степени компенсирующего затруднение кровотока через печень. Эта ставит организм в невыгодные, затруднительные условия, особенно вскоре после удаления селезенки. После сочетания спленэктомии с органными анастомозами (оментогепато- или ренопексия) улучшение кровообращения наступает не сразу, а только через 3—4 месяца. У ряда больных после указанного срока состояние их значительно улучшилось, но у некоторых фиксация сальника к печени не повела к развитию сосудистой сети (это констатировано при контрольной лапароскопии), чем в определенной степени можно объяснить отсутствие улучшения самочувствия.

В 1882 г. Лука и Лангенбух предложили, несмотря на обширные сращения, при выраженных технических трудностях для спленэктомии прибегать к перевязке селезеночной артерии. Первые попытки применения метода в клинике оказались неблагоприятными. Лишь в 1904 г. Ланц, а в 1918 г. — Блейн успешно использовали его в своей практике. Однако летальные исходы после перевязки селезеночной артерии неоднократно описывались и в последующие годы. Более детальное изучение причин позволило выявить, что основной причиной является нарушение питания поджелудочной железы, а также нарушение кровообращения в селезенке. Многие авторы (С. С. Гирголав, Карьер, Ванвер) склонны были связывать этот факт с перевязкой всех ветвей селезеночной артерии и рекомендовали сохранять короткие желудочные артерии (Габерер, С. С. Аведисов) или левую желудочно-сальниковую артерию (Фолькман, Штубенраух).

Из работ последних лет в этом отношении заслуживают внимания сообщения А. С. Чечулина, А. М. Сазонова, С. И. Маслова (1958) и И. Э. Гаджиевой (1959). А. С. Чечулин с соавторами наблюдали больного с некрозом поджелудочной железы, появившимся после спленэктомии. Исход был летальным. Основной причиной некроза авторы считали ишемию органа. В связи с этим ими предпринято изучение системы кро-

воснабжения селезенки и поджелудочной железы. Они пришли к выводу о недопустимости перевязки селезеночной артерии на протяжении.

И. Э. Гаджиевой данный вопрос изучен еще более детально. Анализируя результаты четырех серий опытов, она пришла к выводу, что наиболее благоприятной является перевязка селезеночной артерии на протяжении с обязательной сохранностью левой желудочносальниковой артерии.

Наиболее активным сторонником целесообразности перевязки селезеночной артерии при портальной гипертензии был В. Я. Брайцев, пропагандировавший свою точку зрения по этому вопросу с 1935 г. Так, в 1963 г. он сообщил о благоприятном использовании метода у 4 больных, имевших до операции асцит, расширение вен пищевода. Перевязку селезеночной артерии в сочетании с тем или иным вариантом оментофиксации он считал наиболее целесообразным видом вмешательства у больных с портальной гипертензией.

Мы применили этот метод за последнее время у 3 больных, при этом у 2 из них были веские основания рассматривать осложнения, связанные с перевязкой селезеночной артерии в качестве одной из основных причин летального исхода.

Для подтверждения сказанного приведем краткие выписки из истории болезни О., 48 лет, в течение 8 лет страдала портальным циррозом печени. Кровотечений не было. При обследовании в клинике констатировали тяжелую степень декомпенсации заболевания, резкую спленомегалию (нижний полюс селезенки определялся ниже крыла подвздошной кости). Налицо был рефрактерный асцит. Давление в печени — 290 мм вод. ст., в селезенке — 310, в брюшной полости — 400, в вене большого сальника — 270. Принимая во внимание тяжесть состояния, резкое увеличение селезенки и резчайший периспленит, обнаруженный при операции, отсутствие указаний на кровотечения, признали допустимой минимальную травму-перевязку селезеночной артерии и оментогепатофиксацию. Осложнений во время операции не было. Селезеночная артерия перевязана на уровне тела поджелудочной железы с сохранением коротких желудочных и левой желудочносальниковой артерии. Давление в селезенке после этого снизилось до 180 мм вод. ст., в печени — до 130.

Через 41 сутки после вмешательства наступила смерть больной. В послеоперационном периоде неоднократно отмечены приступы сильных болей в области увеличенной селезенки, что имело место многократно и ранее. При аутопсии обнаружены множественные инфаркты селезенки. Судя по макро- и микроскопической картине, с момента появления одних из них прошел длительный промежуток времени, а другие были свежими. После операции наступило расплавление одного из инфарктов с прорывом содержимого в забрюшинное пространство, что повело к формированию гнояника в ложе поджелудочной железы.

Смерть больной наступила на фоне печеночной недостаточности, но несомненно, что развитие описанного осложнения после перевязки селезеночной артерии сыграло очень важную роль в появлении комы.

При подобном описанному в предыдущем наблюдении детальном обследовании больного С., 58 лет, установили, что он страдает портальным циррозом печени после болезни Боткина в стадии тяжелой декомпенсации. Давление в печени у него 320 мм вод. ст., в селезенке — 245.

Тяжесть состояния побудила к минимально травматическому вмешательству — перевязке селезеночной артерии и оментогепатофиксации. Селезенка была увеличенной, покрыта коричневато-серым налетом. Печень резко атрофирована, зернисто изменена по типу портального цирроза. Селезеночная артерия перевязана на протяжении с сохранением коротких желудочных и левой желудочносальниковой артерий. После ее перевязки показатели гепатоманометрии снизились до 230, а спленоманометрии — до 90 мм вод. ст. Наряду с общепринятым в послеоперационном периоде лечением проводили постоянную оксигенацию портальной крови путем введения кислорода в тонкую кишку через зонд, проведенный через носовой ход. При появлении симптомов печеночной недостаточности с переходом в кому на 11 сутки наступила смерть больного. При аутопсии обнаружен перитонит, наиболее выраженный в зоне селезенки, а в последней имелись множественные геморрагические инфаркты.

Появление инфарктов селезенки после перевязки ее артерии при столь тяжелом состоянии больного в послеоперационном периоде, несомненно, способствовало его отягощению и сыграло определенную роль в развитии перитонита.

Таким образом, наш первый опыт применения перевязки селезеночной артерии при циррозе печени оказался неблагоприятным. Мы, конечно, отдаем себе отчет в том, что летальный исход отчасти связан с весьма тяжелым состоянием оперированных больных, однако присоединившиеся в результате ишемии органа осложнения также способствовали наступлению смерти. В результате у нас нет оснований присоединиться к положительной оценке этой операции, столь настойчиво отстаиваемой В. Я. Брайцевым.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брайцев В. Я. Вест. хир. 1959, 10. Там же 1963, 9. — 2. Гаджиева И. Э. Здравоохран. Таджик. 1959, 4. — 3. Гроздов Д. М., Пациора М. Д. Хирургия заболеваний крови. Медгиз, М., 1962. — 4. Углов Ф. Г., Корякина Т. О. Хирургическое лечение портальной гипертензии. Медицина, Л., 1964. — 5. Чечулин А. С., Сазонов А. М., Маслов С. И. Вест. хир. 1958, 2.