

время как периферическое венозное давление остается нормальным или несколько пониженным.

3. Расширение вен пищевода и кровотечения зависят не только от высоты портального давления, но и от выраженных желудочно-пищеводных анастомозов.

4. Спленопортография дает возможность установить уровень и характер портального блока, заранее обдумать план операции в зависимости от уровня блока.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий М. Е. Экспериментальная хирургия, 1960, 5.—2. Гальперин Э. И. Хирургия, 1954, 4; Опыт диагностики портальной гипертензии. Автореферат дисс., 1959.—3. Гомзяков Г. А. Вестн. хир., 1955, 4.—4. Максумов Д. Н., Постолов М. П., Ашрапова М. А., Карицкая Г. К. Здравоохр. Узбек., 1959, 12.—5. Мясников А. Л. Болезни печени и желчных путей, М., 1956.—6. Пациора М. Д. Хирургия, 1956, 1.—7. Пациора М. Д., Обухов В. А. Хирургия, 1958, 8.—8. Шишкин В. П., Краковский Н. И., Зодиев В. В. Вестн. рентг. и радиол., 1955, 5.—9. Шишкин В. П., Мазаев П. Н. Спленопортография, М., 1957.—10. Шишкин В. П., Авруцкий М. Я. Вестн. хир., 1958, 2.—11. Филлин В. И. Клин. мед., 1954, 11.—12. Abeatini S. et Campi L. Acta radiol., 1951, 5.—13. Atkinson M., Sherlock S. Lancet, 1954, 266.—14. Leger L., Albot G. et Arvay N. Presse med., 1951, 59.—15. Taylor F. a. Gastineau P. Am. J. Surg., 1955, 90.

Поступила 28 ноября 1961 г.

## ПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ

А. А. Агафонов

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Спленэктомия при многих заболеваниях является основным методом лечения. Часто только экстренная спленэктомия может спасти жизнь больного. Это касается тех больных, у которых патологическое состояние селезенки в значительной степени или в основном является причиной кровотечений.

В клинике за последние 5 лет произведено 25 экстренных спленэктомий.

Наименование заболевания	Количество оперированных	Выздоровели	Умерли
Болезнь Верльгофа . . . . .	5	3	2
Травматическое повреждение селезенки . . .	7	7	—
Самопроизвольный разрыв селезенки . . .	1	1	—
Тромбофлебитическая спленомегалия . . .	5	5	—
Желудочные кровотечения на почве цирроза печени . . . . .	5	1	4
Гастро-дуоденальные кровотечения невыясненной этиологии . . . . .	2	2	—
Всего . . . . .	25	19	6

подавляющее большинство авторов считает самым эффективным средством в лечении болезни Верльгофа спленэктомию, предложенную Кашнельсоном (1915) и впервые примененную в СССР П. А. Герценом (1924).

Эффект спленэктомии зависит от сочетания многих факторов в связи с удалением и выключением гемолитической и резервуарной функций селезенки (нормально в селезенке депонируется до 10% циркулирующей крови). Уже через 2 часа, по данным И. А. Кассирского и Г. А. Алексеева, наблюдается оживление пластинообразовательной функции мегакариоцитов; а через 48 часов — гипертромбоцитоз в крови; одновременно исчезают все геморрагические явления.

Ставя показания к спленэктомии, следует руководствоваться неотложностью этой операции во всех случаях упорных тромбоцитопенических кровотечений (падение числа пластинок ниже «критического порога» 30—40 тыс.), угрожающих жизни больного и

не поддающихся консервативному лечению. Кровотечения могут быть настолько угрожающими, что только немедленная их остановка может предотвратить гибель больного.

Наиболее частыми осложнениями после спленэктомии, способными привести к гибели больного, являются кровотечения из селезеночных сосудов вследствие соскальзывания лигатур, распространенные тромбозы сосудов органов брюшной полости, поддиафрагмальные абсцессы.

При тяжелых кровотечениях у хирурга нет выбора. Своей операцией зачастую он может сохранить жизнь больного. Отказавшись оперировать, он превращается в регистратора нарастающей катастрофы.

Консервативное лечение в виде ультрафиолетовых облучений, витаминов К и С, введение солей кальция, рыбий жир, применение АКТГ (кортизона), переливание взвеси тромбоцитов и цельной крови целесообразно, особенно перед операцией. Выжидание с операцией может быть оправдано только в том случае, если консервативное лечение дает быстрый положительный результат. Откладывая операцию, необходимо помнить о тех необратимых осложнениях, помимо анемий, несовместимых с жизнью, которые могут возникнуть в течении болезни и привести к гибели больного. К таким осложнениям относятся кровоизлияния в жизненно важные органы, и в частности в головной мозг. В этих случаях оперативное лечение может оказаться запоздавшим.

При травматических повреждениях селезенки необходимость спленэктомии очевидна, особенно при значительных повреждениях, где ушивание или лигирование сосудов нецелесообразно. Известный интерес в свете показаний к экстренной спленэктомии представляют спонтанные разрывы селезенки, встречающиеся сравнительно редко. Это касается и двухфазных разрывов. Механизм самопроизвольных разрывов еще полностью не выяснен. Значительная роль, по-видимому, принадлежит инфекции, приводящей к полнокровию органов и снижающей механическую устойчивость паренхимы. В ряде случаев непосредственных причин, ведущих к разрыву, установить не удается. Иногда причина может быть ничтожной, как-то: врачебный осмотр, чихание, кашель, легкое напряжение, незначительные сотрясения. Симптомы данного заболевания сводятся к внутреннему кровотечению с последующими явлениями раздражения брюшины. Характерна иррадиация боли в левое плечо. Однако диагностические ошибки нередки. В особенности это касается двухфазных разрывов. Нередко больной идет на операцию с диагнозом: перфоративная язва желудка, кишечная непроходимость, острый панкреатит и т. п.

Тромбофлебитическая спленомегалия клинически проявляется кровотечениями из пищеварительного тракта, болями в верхнем отделе живота или левом подреберье, увеличением селезенки, иногда до значительных размеров, повышением температуры. Нередко отмечаются тромбопения и лейкопения. Кровотечение обычно носит периодический характер и иногда становится угрожающим. Спленэктомия безусловно показана и дает хорошие результаты в начальных стадиях заболевания.

Экстренная спленэктомия как метод лечения желудочно-кишечных кровотечений неязвенного происхождения показана при синдроме, описанном А. Ф. Коровниковым, сущность которого сводится к нагнетающей, сократительной функции увеличенной селезенки (спленопатия с желудочно-кишечными кровотечениями и субтромбоцитозом). У больных подобной группы кровотечения останавливаются после спленэктомии. Желудочные кровотечения неязвенной природы могут не уступать по тяжести язвенным.

Значительное место при таких кровотечениях занимают кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и кардии при портальной гипертензии и на почве цирроза печени. Помимо спленэктомии, разгружающей портальную систему и уменьшающей кровоточивость, в подобных случаях показана оменто-гепатофиксация.

Неблагоприятные результаты спленэктомии у больных указанной группы (из 5 умерли 4) очевидны, так как гемостатический эффект спленэктомии и частичная разгрузка портальной системы не ликвидируют основной причины кровотечения. Кроме того, значительное понижение функции печени способствует неблагоприятному исходу.

Далеко не во всех случаях истинная причина гастро-дуоденальных кровотечений может быть выявлена. При гастро-дуоденальных кровотечениях хирург может столкнуться с большими диагностическими трудностями. Положение хирурга ухудшается, когда, вскрыв брюшную полость, он не находит конкретных причин, приведших к кровотечению, — ни язвы, ни варикозно расширенных вен, ни патологических изменений со стороны печени и селезенки. Характер анемии также не во всех случаях может способствовать уточнению диагноза. По нашему мнению, и в этих случаях показана спленэктомия. Показания к удалению селезенки при гастро-дуоденальных кровотечениях могут быть вызваны гемостатическим эффектом спленэктомии, разгрузкой портальной системы, устранением патологического влияния селезенки на систему гемопоза, если таковое имело место.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Габай А. В. Хирургия, 1956, 10. — 2. Гроздов Д. М., Пациора М. Д. Хирургия, 1955, 12. — 3. Гуляев А. В. Хирургия, 1947, 11. — 4. Кампельмахер Я. А. Вестн. хир., 1952, 1. — 5. Лидский А. Т., Капельмахер Я. А. Хирургия, 1954, 7. — 6. Саркисов М. А. Хирургия, 1949, 7. — 7. Фединец А. В., Ольшнецкий А. А. Вестн. хир., 1954, 5.

Поступила 27 марта 1961 г.