

## О предварительной перевязке селезеночной артерии при удалении селезенки.

Проф. В. Л. Боголюбова.

В № 35 „Нов. Хир. Арх.“ за 1926 г. помещена статья проф. Бржозовского под заглавием „Предварительная перевязка селезеночной артерии, как способ ограничить кровопотерю при удалении селезенки“. В означенной статье автор предлагает при спленэктомии производить двухмоментную перевязку сосудов, т. е. перевязывать сначала селезеночную артерию, а затем, некоторое время спустя, после оттока крови из органа через вены, перевязывать и эти последние. Таким образом сущность данного приема сводится к тому, чтобы путем предварительной перевязки селезеночной артерии вызвать отток крови из селезенки через селезеночные вены и тем сохранить для организма кровь, находившуюся в селезенке. Проф. Бржозовский с успехом применил в одном случае спленомегалии подобную предварительную перевязку селезеночной артерии, удалив селезенку весом в 1350 grm. При инъекции удаленной селезенки формалином до первоначальных размеров (т. е. до размеров, бывших до перевязки артерии) вес органа достиг 1750 grm. Отсюда автор заключает, что в данном случае путем предварительной перевязки селезеночной артерии удалось сохранить для организма большой около 400 grm. крови.

Мысль о применении предварительной перевязки артерии при удалении селезенки возникла у нас и выполнена совершенно самостоятельно, — говорит проф. Бржозовский. Лишь позднее автор нашел некоторые сообщения по данному вопросу. Так, Léonte в 1901 г. (Revue de chir., 1901), говоря о спленэктомии, советовал, по разделении наиболее уступчивых сращений, идти к ножке, перевязать артерию, выдавить из селезенки кровь, затем перевязать вену и доотделить остальные сращения. Шатский в 1907 г. (Врач. Газ., 1907, № 50) предлагает производить предварительную перевязку или зажатие селезеночной артерии, чтобы при пересечении ножки избежать венозного кровотечения. Lotsch на 47 Съезде Германских Хирургов в 1923 г. (Zentr. f. Chir., 1923, № 23) сделал предложение о предварительной перевязке селезеночной артерии при удалении селезенки.

Мне лично пришлось в 1925 г. произвести у одной больной предварительную перевязку селезеночной артерии при удалении селезенки, хотя, применяя данный способ, я знал об его существовании, так как ранее встречал где-то описание этого приема. Случай, наблюдавшийся нами, — следующий:

Больная Г., 29 л., поступила в клинику 7/X 1925. Считает себя больной около 5 лет. Вначале, по словам больной, у ней появилась небольшая плотная опухоль в левом подреберье, которая стала быстро расти. Рост опухоли особенно усилился за последние полгода. Больная отмечает сильное похудание за последние месяцы и слабость. Жалуетса на одышку, растрейства со стороны желудочно-кишечного тракта (поносы), тяжесть в животе. В анамнезе — дизентерия, малярия (год тому назад), сильные носовые кровотечения. Мenses с 18 лет. Замуж вышла 20-ти лет. Была одна беременность (ребенок родился мертвым). Со стороны наследственности—ничего особенного (указаний на lues и tbc нет). Исследование больной: больная среднего роста, правильного сложения, подкожный жировой слой развит слабо, видимые слизистые оболочки бледны. Живот равномерно увеличен (окружность его — 82 см.). В левой половине живота прощупывается большая, плотная, безболезненная опухоль, с гладкой поверхностью, уходящая в левое подреберье и смещающаяся при дыхании; медиальный край ее заходит на 3 пальца за среднюю линию, представляясь гладким, заостренным и производя впечатление увеличенной селезенки; книзу опухоль простирается в таз, спускаясь ниже уровня *spin. os. il. ant. sup.* Перкуторный звук над опухолью тупой, поверхность опухоли гладкая, консистенция—равномерно-плотная. Опухоль довольно подвижна в боковом направлении, мало подвижна по направлению сверху вниз. Печень увеличена, выдаваясь на 2 пальца из-под реберного края. Сердце нормально. Диагностирована спленомегалия (*morbus Banti?*).

23/X под хлороформно-эфирным наркозом произведена операция. Разрез по средней линии с добавленным поперечным разрезом. Разделены связки и сращения селезенки, особенно значительные между верхним полюсом ее и диафрагмой. Селезенка вывихнута в рану. В ножке ее легко отыскана очень крупная селезеночная артерия, которая изолирована, перевязана надвое и рассечена между лигатурами. Через некоторое время потом произведена перевязка вен, и селезенка удалена. Шов брюшной раны.

Вес удаленной селезенки 2 кило. Микроскопическое исследование ее (проф. И. П. Васильев) показало: хронический фиброзный спленит (разрушение трабекул, которые склерозированы и гиалинизированы, почти полное исчезновение мальпигиевых клубочков, резкое утолщение, склерозирование и гиалинизирование ретикулярной основы и значительное уменьшение клеточных элементов пульпы.

Гладкое заживление операционной раны. В послеоперационном периоде больная перенесла бронхопневмонию, и у ней развился асцит. Через месяц после операции она выписана из клиники.

Исследование крови.

	До операции	Через 10 дн. после операции	Через 24 дн. после операции
Эритроц. . . . .	3,660,000	4,470,000	4,080,000
Лейкоциты . . . . .	2,100	21,750	7,250
Гемоглобин . . . . .	50%	80%	77%
Сегментоядер. . . . .	56%	67%	66%
Палочкояд. . . . .	11%	17%	17%
Юные формы . . . . .	1%	4%	4%
Моноциты . . . . .	3%	4%	4%
Лейкоциты . . . . .	23%	6%	9%

Рассматривая вопрос о предварительной перевязке селезеночной артерии, прежде всего следует остановиться на том, действительно ли

можно достигнуть прекращения притока крови к селезенке путем перевязки а. lienalis. Как отмечает проф. Бржозовский, анатомические условия в громадном большинстве случаев действительно вполне обеспечивают прекращение притока крови к селезенке после перевязки селезеночной артерии, так как, по Сазон-Ярошевичу, артериальные коллатерали селезенки в 60% совершенно отсутствуют или, по крайней мере, анатомически не открываются (в тех же случаях, где коллатерали имеются налицо, лишь изредка они бывают настолько мощны, что способны заменить основной ствол). Таким образом при перевязке селезеночной артерии, если и безусловно, то в громадном большинстве случаев достигается полное или почти полное прекращение притока крови к селезенке. Остающиеся же не перевязанными на некоторое время селезеночные вены действуют отсасывающим образом, унося кровь из органа. Из всего сказанного следует, что предварительная перевязка селезеночной артерии может достигнуть непосредственного эффекта в смысле более или менее значительного опорожнения селезенки от крови.

Что касается значения для организма количества крови, содержащейся в удаляемой селезенке, то при этом следует принять во внимание, что удаление селезенки представляет тяжелую операцию, тяжесть которой еще более увеличивается при больших спленомегалиях, с значительными срощениями, причем удаление селезенки может сопровождаться значительным кровотечением. Несомненно, что сохранение в таких случаях для организма того количества крови, которым насыщена селезенка, представляет тот плюс, от которого может зависеть жизнь больного.

Далее, весьма важно установить технику самого производства предварительной перевязки селезеночной артерии. Здесь, однако, приходится считаться с индивидуальными особенностями случая—характером селезеночной ножки (растянута она, или нет), величиной селезенки и, главным образом, со срощениями. Повидимому, вполне правильным будет следующий порядок операции, если это позволяют технические условия: по вскрытии брюшной полости следует идти прямо на ножку селезенки, изолировать здесь артерию, перевязать ее надвое и рассечь между наложенными лигатурами. Подобная предварительная перевязка селезеночной артерии, произведенная в самом начале операции, имеет не только вышеуказанное кровесберегающее значение, но действует и кровеостанавливающим образом, уменьшая опасность венозного кровотечения при дальнейшем удалении селезенки. После предварительной перевязки селезеночной артерии разделяют далее связки и срощения органа и, наконец, перевязав селезеночные вены, удаляют селезенку. Если, по техническим условиям (срощения и пр.), вышеуказанный план операции является невыполнимым, то во всяком случае, где это возможно, желательно—после разделения срощений и освобождения селезенки все же сначала изолировать и перевязать селезеночную артерию, а затем уже, через некоторый промежуток времени, перевязать и вены.

Все вышесказанное заставляет нас присоединиться к предложению проф. Бржозовского, что *предварительная перевязка селезеночной артерии* должна быть выдвинута, как *нормальный метод при удалении селезенки*,—метод, который должен применяться, как правило, во всех случаях удаления последней, где применение этого приема возможно по техническим условиям.