

С. З. ОГАНЕСЯН

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВЕРЛЬГОФА

Вопросы лечения болезни Верльгофа продолжают оставаться в центре внимания целого ряда исследователей.

В настоящее время не вызывает сомнения, что спленэктомия является эффективным методом лечения при неиммунной форме болезни Верльгофа. Однако в случаях безуспешности консервативного метода лечения она показана также и при иммунной форме.

Сравнительно недавно спленэктомия при болезни Верльгофа давала большую смертность. Снижение летальности произошло благодаря усовершенствованию оперативной техники, эндотрахеальному наркозу закисью азота или эфирно-кислородному с управляемым дыханием, а также в результате гемотрансфузии, производимой до, во время и после операции. Успехи оперативного лечения болезни Верльгофа зависят также от своевременной передачи этих больных хирургам. В этом отношении бесспорно, что наиболее благоприятные условия для спленэктомии создаются в фазе ремиссии, хотя существует мнение, что опасность операции и процент смертности в фазе обострения не больше, чем в фазе ремиссии.

Д. М. Гроздов* считает, что больным, поступившим в клинику в состоянии резкой анемизации и прогрессирующего геморрагия, с установлением точного диагноза безотложно должна производиться спленэктомия.

Безусловно, при обострениях процесса необходим дифференцированный и взвешенный подход в каждом конкретном случае. До последнего времени большинство хирургов лучшим считает консервативный метод лечения, но, к сожалению, консервативная терапия и выжидание иногда не приводит к желаемому результату. Потеря времени, в течение которого происходит анемизация и ухудшение общего состояния больного, понижение функциональной способности внутренних органов, в частности печени, средечно-сосудистой и других систем, и резкое нарушение защитных сил всего организма приводят к летальному исходу. Следовательно, во всех случаях обострения процесса, когда интенсивное консервативное лечение не улучшает состояния больного, необходимо безотлагательное оперативное вмешательство. Необходимо отметить,

* Проблемы гематологии и переливания крови, 1966, 12, 3.

что возможность хорошего исхода операции в начале кровотечения намного больше, чем в период кровотечения и после него.

После удаления селезенки в организме больного происходит быстрое увеличение количества кровяных пластинок, нормализуется поступление тромбоцитов в кровяное русло, прекращается кровотечение и улучшаются показатели гемодинамики. В послеоперационном периоде основным фактором является быстрое восстановление общего состояния больного. Помимо других общеукрепляющих средств (витаминотерапия, железо, гормонотерапия), первостепенное значение имеет переливание крови. Если до операции переливание крови производится без учета возможного тромбообразования, то в послеоперационном периоде гемотрансфузию необходимо проводить под строгим контролем, определяя количество кровяных пластинок и протромбинового времени. Нередки случаи, когда вскоре после спленэктомии количество тромбоцитов увеличивается настолько, что создается реальная угроза тромбообразования. У одной больной на 4-й день после операции появились небольшие боли по ходу поджелудочной железы и повысилась температура; количество кровяных пластинок дошло до 675 000, а протромбиновый индекс равнялся 120, и только своевременное применение антикоагулянтов предупредило тромбообразование, а возможно, и летальный исход. Уместно отметить, что спленэктомию мы производим под эндотрахеальным наркозом закистью азота или эфирно-кислородным наркозом с управляемым дыханием. Нам кажется, что опасность интубационного наркоза при болезни Верльгофа в литературе преувеличена. Большинство хирургов считает, что при этом увеличивается возможность кровотечения из носоглотки.

Спленэктомия нами всегда производилась под интратрахеальным наркозом, и, несмотря на то, что в двух случаях интубация была произведена при наличии кровоточивости из десен и носоглотки, серьезных осложнений в связи с этим не было отмечено. Наоборот, хороший интубационный наркоз намного облегчает процесс операции, вызывает сравнительно меньше осложнений и помогает больным легко переносить спленэктомию. В послеоперационном же периоде свертывающая система крови очень быстро нормализуется и опасность угрожающего кровотечения сводится к минимуму.

Спленэктомия была произведена у 28 больных, из них у 6—с острой, у 4—с подострой, у 18—с хронической формой болезни. Больные были в возрасте от 12 до 41 года; женщин было 19, мужчин—9; длительность заболевания колебалась от одного года до 18 лет.

Основанием для хирургического вмешательства при хронической форме болезни Верльгофа являлись неэффективность консервативного метода лечения, временный эффект гормональной терапии, частые и тяжелые рецидивы, постоянные или часто повторяющиеся кровотечения. Показания к спленэктомии расширялись при хронической рецидивирующей форме у лиц пожилого возраста, гипертоников и при подозрении на мозговые геморрагии.

При острой и подострой формах болезни Верльгофа удаление селезенки производили в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения с выраженной кровоточивостью при нарастании анемии. У двух больных была произведена срочная спленэктомия при постоянном переливании крови, полиглюкина и других жидкостей.

В этой стадии болезни спленэктомия является эффективным средством для остановки кровотечений, а отказ от нее влечет за собой большой процент смертности.

В двух других случаях операция производилась при внутрибрюшном кровотечении в результате разрыва яичника; в одном случае произведена резекция яичника, в другом—удаление. В первом случае послеоперационный период прошел гладко и через 1,5 мес. была произведена спленэктомия, во втором случае послеоперационный период протекал тяжело, болезнь обострилась, в результате чего была произведена срочная спленэктомия. С большими трудностями удалось вывести эту больную из тяжелого состояния. Мы разделяем мнение Д. М. Гроздова, который в подобных случаях рекомендует не ограничиваться резекцией или удалением яичника, а производить одновременно и спленэктомию, даже в тех случаях, когда больные находятся в тяжелом состоянии, и на опыте убедились в правильности тактики одновременного удаления селезенки и яичника.

Как известно, при болезни Верльгофа в период менструального цикла у девушек и у женщин маточное кровотечение особенно усиливается и нередко, проявляясь профузно, приводит к значительной анемии. У одной больной во время первого менструального цикла началось очень сильное кровотечение, две последующие протекали относительно благополучно, но во время очередной менструации началось сильное, угрожающее жизни кровотечение, что вынудило произвести срочную спленэктомию. Кровотечение было приостановлено, и больная вскоре выздоровела.

В вопросе эффективности спленэктомии немаловажное значение имеет хороший доступ к селезенке. Как известно, для спленэктомии предложено очень много разрезов, однако все они имеют свои положительные и отрицательные стороны в зависимости от размеров селезенки, наличия спаек и т. д.

Мы испробовали почти все основные виды разрезов (косой, угловой, пара- и трансректальный, поперечный и различные их комбинации), и нам кажется, что в зависимости от каждого конкретного случая необходимо предпринять соответствующий разрез. Так, например, при спленогенном циррозе или тромбфлебитической селезенке с возможными большими спайками лучше применять косой, угловой или комбинированный разрез. Наоборот, при гемолитической анемии, когда имеются в желчном пузыре пигментные камни, надо отдать предпочтение поперечному разрезу. При болезни Верльгофа в большинстве случаев селезенка оказывается неизменной и не наблюдается явлений периспленита, и потому хирург должен выбрать транс- или параректальный разрез, который дает

хороший доступ не только к воротам селезенки, но и малому тазу, особенно при внутрибрюшном кровотечении в результате разрыва яичника. Из 28 больных только у 4 во время операции установлены явления периспленита, причем только у одного больного при разрушении спаек возникло кровотечение, которое удалось легко и без всяких осложнений приостановить.

В последнее время, как правило, после спленэктомии мы оставляем тонкий хлорвиниловый дренаж, во-первых, потому, что через него в первые 2—3 дня вводятся антибиотики, во-вторых, он дает возможность легко и быстро определить наличие послеоперационного кровотечения. У одной больной через час после операции состояние резко ухудшилось в связи с послеоперационным вторичным шоком, что трактовалось как кровотечение. Принятые противошоковые меры, которые одновременно явились и послеоперационной подготовкой, быстро вывели ее из этого состояния, что дало возможность избежать повторного вмешательства. Однако не всегда так легко удается различить послеоперационное кровотечение от вторичного шока, и, как известно, тактика при этих состояниях совершенно различна. Дренаж-контроль уточняет вопросы внутреннего кровотечения, не удлиняет срока лечения и не осложняет течения послеоперационного периода, наоборот, помогает дифференцировать послеоперационное осложнение. Потому в последнее время, как правило, при спленэктомии и во всех случаях, когда во время операции возникает подозрение на непрочность наложенных лигатур и кровотечение, мы дренируем брюшную полость.

В настоящее время мы воздерживаемся от профилактического применения антибиотиков, даже после таких операций, как спленэктомия, резекция желудка, холецистэктомия и т. д., т. к. осложнения в связи с профилактическим применением антибиотиков превалируют над эффектами.

Нередки случаи, когда на второй или третий день после операции беспричинно повышается температура, а в дальнейшем появляется сыпь, уртикария, грязноватые налеты на языке и в полости рта, иногда с изъязвлением. Все это вызывает недомогание, резко ослабляет общее состояние больного на продолжительное время.

Все больные, кроме одной, спленэктомию перенесли благополучно. Отличные и хорошие результаты отмечены у 22 больных, удовлетворительные—у 4, у одного больного не было получено желаемого результата (кровотечения продолжались, хотя не с той интенсивностью), одна больная умерла на 24-й день после операции от почечной недостаточности.

Таким образом, мы считаем, что спленэктомия является одним из эффективных средств комплексного лечения в борьбе против болезни Верльгофа. В результате удаления селезенки восстанавливается функциональное состояние мегакариоцитов, их нормальное созервание и отшнуровывание пластинок, а также поступление тромбоцитов в периферическую кровь, нормализуется также реакция кровяного сгустка и про-

нищаемость сосудистой стенки. Все это приводит к улучшению общего состояния больных, быстрому увеличению количества тромбоцитов и прекращению кровотечений из слизистых оболочек.

Кафедра факультетской хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 9/IV 1968 г.

Ս. Զ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՎԵՐԼՅՈՖԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ
ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԱՐՑԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո ի մ

Սպլենեկտոմիա է կատարվել Վերլգոֆի հիվանդությանը տառապող 12—41 տարեկան 28 հիվանդների մոտ: Նրանցից 19-ը եղել են կանայք, 9-ը՝ տղամարդիկ:

Կոնսերվատիվ և օպերատիվ բուժման տվյալների համեմատական արդյունքները ցույց են տալիս, որ Վերլգոֆի հիվանդության սրացման փուլում անհրաժեշտ է անհապաղ ընդլայնել սպլենեկտոմիայի ցուցմունքները: Սպլենեկտոմիայից հետո արագ կերպով շատանում են թրոմբոցիտները, կանոնավորվում է նրանց հոսքը դեպի պերիֆերիկ արյուն, դադարում են արյունահոսությունները և լավանում են հեմոգլինամիկայի ցուցանիշները: Առաջարկվում է Վերլգոֆի հիվանդության ժամանակ սպլենեկտոմիան կատարել ինտրատրախիալ նարկոզի տակ, անգամ այն դեպքերում, երբ առկա են ըմպանային արյունահոսությունները:

Վերլգոֆի հիվանդության ժամանակ ամենալավ օպերատիվ կտրվածքը պետք է համարել տրանս կամ պարառեկտալ եղանակը, որը հնարավորություն է տալիս մոտենալ ինչպես փայծաղին, այնպես էլ փոքր կոնքին, հատկապես ձվարանի պատվածքների և արյունահոսությունների ժամանակ:

Ցանկալի է սպլենեկտոմիայից հետո որովայնի խոռոչում թողնել դրենաժ, որով կարելի է հետվիրահատական շրջանում մտցնել անտիբիոտիկներ և որ ամենագլխավորն է, վերջինիս միջոցով հնարավոր է շատ հեշտ կերպով հայտնաբերել հետվիրահատական արյունահոսությունները:

Բոլոր հիվանդները, բացի մեկից, փայծաղի հեռացումն անց են կացրել բարեհաջող. մի հիվանդ մահացել է վիրահատության 24-րդ օրը՝ երիկամային անբավարարության հետևանքով: