

УДК616.411-089.87-053.5/.6:[616.36-004+616.149-008.341.1
 М.Н. Сухов, А.В. Дроздов, М.В. Исаева,
 Н.Б. Сенякович, А.В. Мызин, А.В. Мосин,
 В.П. Нажимов, М.Д. Насибулин

ПАРЦИАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЕЛЕЗЕНКИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Российская детская клиническая больница МЗ РФ
 (г. Москва)

Ключевые слова: цирроз печени, резекция селезенки,
 портальная гипертензия, гиперспленизм.

Измененная ткань органа при циррозе печени вызывает гемодинамический блок, приводящий к портальной гипертензии с последующим развитием варикозной трансформации вен пищевода и гастроэзофагеального кровотока [1-3, 8]. Угроза пищевода является ведущей причиной, предполагающей необходимость активного эндоскопического или хирургического вмешательства у детей с циррозом печени [2, 3, 7, 8]. Создание портосистемных шунтов у данной категории больных приводит к дополнительной ишемии печени и развитию в дальнейшем печеночной недостаточности [3, 7, 8].

Операции разобщения (Таннера, Сугиура) при эффективности на высоте пищевода кровотока не приводят к стойкому уменьшению варикозного расширения вен пищевода [3]. Французскими специалистами D. Louis и J.P. Chazalotte предложен метод парциальной спленэктомии у больных циррозом печени и портальной гипертензией на фоне муковисцидоза [6]. По данным ряда авторов, эта операция приводит к эффективной портальной декомпрессии со стойким регрессом эзофагеальных варикозов и снижением риска пищеводных кровотечений, а также к купированию явлений вторичного гиперспленизма [4, 5, 6, 9].



Рис. 1. Завершающий этап операции.

Мы наблюдали 4 больных в возрасте от 12 до 15 лет с циррозом печени и портальной гипертензией различной этиологии: муковисцидоз, фиброхолангиокистоз, хронический гепатит, порок развития желчевыводящих путей. Для диагностики были использованы ультразвуковое ангиосканирование, эндоскопия, вирусологическое исследование. У всех пациентов зарегистрированы явления вторичного гиперспленизма. Варикозное расширение вен пищевода достигало III-IV степени.

Всем детям проведена парциальная резекция селезенки (один ребенок оперирован на высоте массивного пищевода кровотечения). Выполнялась левосторонняя косая паракостальная или верхнепоперечная лапаротомия. Селезенка выводилась в операционную рану. Производилось выделение сосудов в области ворот органа. Перевязывались и пересекались артерии и вены, питающие нижние две трети увеличенного органа. При этом сохранялось кровоснабжение верхнего полюса селезенки. Ниже уровня демаркации отсекалась деваскуляризованная ткань. Раневая поверхность закрывалась П-образными швами (рис. 1). Страховочная дренажная трубка оставалась в области удаленной части селезенки на двое суток. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная и реологическая терапия, направленная на достижение умеренной гемодилюции.

У всех больных в течение года отмечено динамическое снижение явлений вторичного гиперспленизма. В ближайшем послеоперационном периоде во всех наблюдениях зарегистрирована регрессия варикозных вен пищевода на одну ступень. Осложнения в остром периоде отмечены у пациента с хроническим гепатитом В: асцит, снижение уровней альбумина, фибриногена и протромбинового индекса, гипербилирубинемия. В отдаленном периоде у одного пациента исчезло варикозное расширение вен пищевода, у второго оно снизилось еще на одну ступень. По данным ультразвукового исследования и доплерографии, у трех детей выявлено развитие декомпрессионного венозного портокавального кровообращения (рис 2).

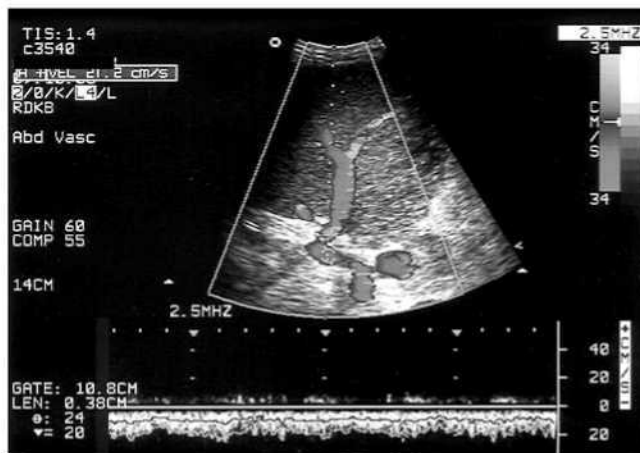


Рис. 2. Допплерограмма коллатерального кровотока у больного 15 лет через 7 месяцев после операции.

У детей с циррозом печени и портальной гипертензией задачей хирургической коррекции является, с одной стороны, предупреждение гастроэзофагеальных кровотечений, с другой — наименьшая травматичность вмешательства и профилактика печеночной недостаточности. Эффект декомпрессии воротной системы при парциальной резекции селезенки основан не только на выключении из портального кровотока большей части увеличенной селезенки, но и на отсутствии послеоперационного тромбоза в системе воротной вены, а также на развитии венозных декомпрессионных коллатералей.

Таким образом, при невозможности пересадки органа — единственного радикального вмешательства у больных с циррозом печени и портальной гипертензией — операцией выбора может стать парциальная резекция селезенки, которая способствует снижению гипертензии в системе воротной вены, предотвращая риск пищеводных кровотечений и купируя явления вторичного гиперспленизма. Сохраняющийся кровоток в магистральных сосудах селезенки и развитие коллатерального кровообращения способствуют длительно сохраняющемуся эффекту декомпрессии в системе воротной вены.

Литература

1. Пациора М.Д., Щерцингер А.Г., Киценко Е.А. // *Клиническая хирургия*. — 1984. — № 9. — С. 23-26.
2. Цацаниди К.Н., Ерамишанцев А.К. // *Терапевтический архив*. — 1988. — № 10. — С. 26-30.

3. Сухов М.Н., Каширская Н.Ю., Канранов Н.И. и др. // *Пульмонология* - 2001. - №3. - С 18-21.
4. Jahn S., Bauer B., Schwab J. // *Immunobiology*. — 1993. — Vol. 188, No. 4-5. — P. 370-378.
5. Kheradpir M.H. // *Z. Kinderchir.* - 1990. - Bd 45(2). - S. 98-99.
6. Louis D., Chazalotte J.P. // *Eur. J. Pediatr. Surg.* - 1993. - Vol. 3, No. 1. - P. 22-24.
7. Paquet K.J., Lazar A., Kuhn R. // *Dtsch. Med. Wochenschr.* - 1995. - Bd 120(20). - S. 707-712.
8. Westaby D. // *Chapman Hall First Edition*. - 1995. - P. 281-293.
9. Petroianu M., da Silva R. G., Simal C.J. // *Am. Surg.* — 1997. - Vol. 63, No. 8. - P. 735-740.

Поступила в редакцию 18.02.04.

PARTIAL RESECTION OF SPLEEN PERFORMED FOR PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS: FIRST EXPERIENCE

M.N. Sukhov, A. V. Drozdov, M. V. Isaeva, N.B. Senyakovich, A. V. Myzin, A. V. Mosin, V.P. Nazhimov, M.D. Nasibulin
Russian Children's Clinical Hospital of the Ministry of Public Health of the Russian Federation (Moscow)

Summary — The most radical surgery as to patients suffering from liver cirrhosis associated with portal hypertension is transplant operation. When there is no possibility to perform this procedure it is recommended to carry out partial resection of spleen that may result in reduction of portal hypertension, prevention of esophageal bleedings, and relief of secondary hypersplenism effects. Collateral circulation allows maintaining the decompression effect for a long time. The authors who have been earlier performed four such surgical procedures with good follow-ups describe this surgical technique in this paper.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 3, p. 64-65.

УДК 616-002.951.3(571.63)

В.О. Крайцова, С.С. Царенко, Н.Б. Филимонова,
Н.М. Гагальчий

АНИЗАКИОЗ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Приморская научно-исследовательская ветеринарная станция (г. Владивосток),
Поликлиника УВД Приморского края (г. Владивосток),
Приморская государственная сельскохозяйственная академия (г. Уссурийск)

Ключевые слова: анизакиоз, гастроэнтерология.

Анизакиоз является заболеванием, относящимся к паразитарным инфекциям. Заражение человека происходит при попадании в организм живых личинок нематод семейства *Anisakidae*. Заболевание характеризуется аллергическими реакциями, поражением слизистой оболочки органов желудочно-кишечного тракта. Зарегистрированы смертельные исходы [14].

Обычно нематоды проникают в организм человека при употреблении в пищу сырой или недостаточно термически обработанной рыбы или кальмара, зараженных этими паразитами. Личинки

анизакид — одни из самых распространенных паразитов среди морских рыб. Локализуются они в мускулатуре, полости тела, на поверхности или внутри различных внутренних органов рыб. Анизакиоз (в англоязычной литературе — *Anisakiasis*) является важной проблемой медицинской паразитологии многих стран мира. Заболевание зарегистрировано в Голландии, Японии, Франции, Великобритании, Германии, Норвегии, Дании, Бельгии, США, Чили, Тайване, Южной Корее, Австралии, Канаде и на Гавайских островах. В Российской Федерации анизакиоз впервые был зарегистрирован в 1987 г. во Владивостоке [9]. Впоследствии случаи заболевания отмечались в Хабаровском и Приморском краях, на Камчатке и Сахалине [1, 3, 10].

Анизакиоз человека вызывают живые личинки семейства *Anisakidae*, относящиеся к родам: *Anisakis*, *Pseudoterranova* и *Contracaecum*. Личинки резко отличаются как друг от друга, так и от других личинок нематод. У представителей родов *Anisakis* и *Contracaecum* тело, свернутое в тугую спираль, бело-желтоватого цвета длиной 14-30 мм и диаметром до 0,5 мм. Личинки *Pseudoterranova* свернуты в неправильное кольцо, тело их темно-красного цвета длиной 25-45 мм и диаметром до 1,2 мм [7]. Чаше всего регистрируется