

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.
ВойноЯсенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом
эндоскопии и эндохирургии ПО
Заведующий кафедрой д.м.н., проф. Черданцев Д.В.

РЕФЕРАТ

тема: Хирургические заболевания селезенки

Выполнил: ординатор Нестеров С.А.
Проверил: д.м.н., проф. Первова О.В.

г. Красноярск, 2021г.

Хирургические заболевания селезёнки - нарушения структуры и/или функции органа, для профилактики или лечения которых применяют открытые или минимально-инвазивные вмешательства либо подразумевается готовность к хирургическому пособию.

Коды по МКБ-10:

- D73 Болезни селезёнки.
- D73.0 Гипоспленизм.
- D73.1 Гиперспленизм.
- D73.2 Хроническая застойная спленомегалия.
- D73.3 Абсцесс селезёнки.
- D73.4 Киста селезёнки.
- D73.5 Инфаркт селезёнки.
- D73.8 Другие болезни селезёнки: разрыв селезёнки нетравматический, перекручивание селезёнки, фиброз селезёнки, периспленит, спленит.
- D73.9 Болезнь селезёнки неуточнённая.
- S36.00 Травма селезёнки без открытой раны в брюшную полость.

Гипоспленизм

Гипоспленизм - состояние, характеризующееся гипофункцией селезёнки. Различают врождённый гипоспленизм (агенезия селезёнки) и приобретённый гипоспленизм, в том числе после-

операционный (спленэктомия, резецирующие вмешательства на селезёнке, редукция кровоснабжения) и нехирургический (функциональный) - при различных болезнях. В числе последних - гематологические (серповидно-клеточная анемия, болезнь Ходжкина, неходжкинские лимфомы), аутоиммунные (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, хронический активный гепатит, амилоидоз) и гастроинтестинальные (ВЗК, синдром хронической абдоминальной ишемии, болезнь Уиппла) заболевания.

Наибольшее практическое значение имеет послеоперационный гипоспленизм, особенно крайней степени выраженности - постспленэктомический гипоспленизм, поскольку сведения об этом состоянии изменили хирургическую тактику при болезнях и травме селезёнки.

Проявления синдрома постспленэктомического гипоспленизма

1. В раннем послеоперационном периоде - высокая (до 30%) частота воспалительных осложнений.
2. В отдалённом послеоперационном периоде:
 - 2.1. Молниеносный (фульминантный) сепсис.
 - 2.2. Снижение противоопухолевой устойчивости.
 - 2.3. Предрасположенность к паразитарным, грибковым и вирусным заболеваниям.
 - 2.4. Астенический синдром.

Референтный метод диагностики - обнаружение при микроскопии мазка крови телец Хауэлла-Жолли в эритроцитах. Метод инструментальной диагностики - гамма-сцинтиграфия с мечеными аутологичными эритроцитами, повреждёнными нагреванием. Количественная

оценка ретикулоэндотелиальной функции возможна с помощью динамической сцинтиграфии селезёнки.

Уменьшает вероятность или предотвращает развитие постспленэктомического гипоспленизма:

- сохранение ткани селезёнки с магистральным кровоснабжением (уровень доказательности IA);
- наличие добавочной селезёнки и спленоза (уровень доказательности IIIС);
- аутооттрансплантация ткани удалённой селезёнки (уровень доказательности IIС).

Медикаментозная профилактика инфекционных осложнений

1. Длительный приём антибиотиков с учётом чувствительности лидеров (*Str. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*) - амоксциллин + клавулановая кислота/триметоприм/цефуроксим до 2 лет после спленэктомии.

2. Иммунизация за 2 нед до плановой спленэктомии или на 2-й неделе после экстренного вмешательства с применением:

- поливалентной пневмококковой вакцины (например, *Pneumovax 23*);
- менингококковой полисахаридной вакцины, конъюгированной с дифтерийным анатоксином (Menactra A/C/Y/W-135);
- *Haemophilus influenzae* тип В конъюгированной вакцины. Каждые 3-6 лет проводится ревакцинация.

Пациент и лечащий врач должны быть проинформированы об опасности молниеносной инфекции. Экспериментально подтверждена эффективность введения селезёночных пептидов (спленопид) в раннем послеоперационном периоде для профилактики постспленэктомического гипоспленизма.

Гиперспленизм

Гиперспленизм - повышенное разрушение форменных элементов крови в селезёнке. Критерии диагностики: цитопения, по данным исследования периферической крови; компенсаторная гиперплазия костного мозга; спленомегалия; эффект от спленэктомии. *Гиперспленизм первичный* - при обследовании причина не выявлена; *гиперспленизм вторичный* (симптоматический), причиной которого является другое патологическое состояние. Им могут быть ПГ, болезнь Гоше, болезнь Верльгофа, лейкоз, лимфома, анги-осаркома, нарушение кровообращения (застойная спленомегалия вследствие ПГ или тромбоза селезёночной вены) при нормальных характеристиках клеток крови, поражение эритро- и/или тром-боцитарной мембраны вследствие врождённых (микросфероцитарная гемолитическая анемия, талассемия) или приобретённых аутоиммунных процессов (аутоиммунная гемолитическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура) при нормальном строении органа.

Спленэктомия показана при гиперспленизме, вызванном следующими причинами:

- врождённые гемолитические анемии (микросфероцитарная анемия - болезнь Минковского-Шоффара, талассемия, серповидно-клеточная анемия);
- идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура - при неэффективности консервативного лечения. Необходимы ревизия и удаление добавочных селезёнок и/или очагов спленоза;
- злокачественные гематологические процессы с поражением селезёнки - лейкозы, болезнь Ходжкина (лимфома Ходжки-на) и неходжкинская лимфома;

- миело- и лимфопролиферативные расстройства (миелоидная метаплазия, различные варианты хронического лейкоза).

Показания определяются консилиумом с участием гематолога. *Лапароскопическая спленэктомия является методом выбора* (уровень доказательности IA). Противопоказание к лапароскопическому вмешательству - выраженная спленомегалия (длинник селезёнки свыше 20 см).

Хроническая застойная спленомегалия

Застойная спленомегалия - патологическое состояние, сопутствующее хроническому повышению давления в системе селезёночной/воротной вены. Заболевание характеризуется увеличением селезёнки вне зависимости от её функционального состояния. В норме селезёнка не пальпируется.

Критерии спленомегалии:

- доступность пальпации;
- увеличение площади, определяемой при УЗИ, более 50 см².

Причины:

- ПГ;
- бактериальные (инфекционный эндокардит, бруцеллёз, сифилис, тиф, туберкулёз), грибковые (гистоплазмоз, токсо-плазмоз), паразитарные (малярия, лейшманиоз) и вирусные (гепатит, вирус иммунодефицита человека, цитомегалови-рус, вирус Эпштейна-Барр) заболевания;
- доброкачественные расстройства иммунной системы (ревматоидный артрит, синдром Фелти, системная красная волчанка и др.);
- злокачественные процессы (острый и хронический лейкоз, болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, меланома, саркома);
- гематологические расстройства (аутоиммунная гемолитическая анемия, микросфероцитарная гемолитическая анемия, талассемия, гемоглобинопатии, мегалобластная анемия, экстрамедуллярное кроветворение);
- обменные нарушения (болезнь Гоше); эндокринопатии (ги-пертиреоз).

Абсцесс селезёнки

Основные причины:

- инфаркт;
- травма;
- микробная эмболия на фоне инфекционного эндокардита, остеомиелита, эмпиемы плевры, туберкулёза и др.

Семиотика гнойников селезёнки неспецифична, особенно на ранних стадиях поражения. Спленомегалия развивается при больших и гигантских абсцессах.

Основные методы диагностики: УЗИ и КТ (наличие гнойника, его локализация, размеры).

Лечение. *Чрескожное дренирование абсцессов селезёнки* сравнимо по эффективности со спленэктомией, но более безопасно (уровень доказательности IIIB). Пункционный способ опорожнения гнойника под контролем УЗИ предпочтителен при размерах абсцесса от 2 до 4 см и наличии в нём жидкого однородного содержимого (уровень доказательности IVB). При

больших и гигантских гнойниках применяют дренажи типа «свиной хвост» или самофиксирующиеся корзинчатые конструкции диаметром 3-5 мм.

Спленэктомия показана при неэффективности минимально-инвазивного лечения, множественных гнойниках или развитии осложнений пункционно-дренажного метода лечения в виде кровотечения или прорыва гнойника в свободную брюшную полость.

Киста селезёнки

Различают истинные и ложные (посттравматические, паразитарные) кисты селезёнки. Истинная киста - врождённое состояние. До 20% истинных кист имеют эпителиальную выстилку, характеризуются скудной клинической симптоматикой и, как правило, являются находкой во время скринингового УЗИ. При их больших размерах, субкапсулярном расположении *предпочтительно пункционное опорожнение под контролем УЗИ или КТ*. При расположении кисты по висцеральной поверхности предпочтение может быть отдано трансгастральному доступу.

После полного пункционного опорожнения кисты с подтверждением редукции её полости при динамическом УЗИ проводят обработку эпителиальной выстилки 96% этиловым спиртом. Объём вводимого этанола не должен превышать 10% от эвакуированного объёма кистозной жидкости. При рецидивном скоплении жидкости в полости субкапсулярно расположенной кисты *возможно проведение лапароскопической фенестрации* для окончательной эвакуации содержимого.

Посттравматические кисты - этап трансформации субкапсулярной или внутритканевой гематомы селезёнки - подлежат динамическому наблюдению. При отсутствии редукции размеров полости, признаках воспалительной реакции (опасность абсцедирования) для эвакуации содержимого показано минимально-инвазивное вмешательство, как описано выше. Необходимости

в открытом или лапароскопическом вмешательстве на селезёнке, как правило, не возникает.

При эхинококкозе селезёнки показано полостное вмешательство, поскольку велика опасность контаминации брюшинной полости сколками в процессе пункционного опорожнения кисты. Лапароскопические технологии имеют преимущество перед открытыми. Предпочтение следует отдавать органосохраняющим вмешательствам, например, сегментарной резекции селезёнки (уровень доказательности IIIС).

Инфаркт селезёнки

Формируется в результате тромбоэмболии ветвей селезёночной артерии. Источник эмбологенного тромбоза - левые отделы сердца. Если инфаркт селезёнки развился на фоне инфекционного эндокардита, следующим за эмболией этапом может стать абсцедирование органа. Симптоматика инфаркта селезёнки определяется размерами очага ишемии. Болевой синдром появляется, как правило, лишь при обширном инфаркте с развитием периспленита. Методы диагностического изображения позволяют выявить характерную картину: поля ишемии имеют обычно клиновидную форму; поля «свежего» инфаркта обычно гиподенсивные, но временно могут приобретать пятнистый рисунок с гиперденсивными включениями за счёт мелких кровоизлияний. Со временем денситометрические характеристики в зоне поражения нормализуются при уменьшении объёма поражённой ткани. Этот процесс можно идентифицировать по появлению мелкобугристости капсулы, расположенной над зоной инфаркта. Ишемизированная ткань может подвергаться ликворификации с развитием ложной кисты или кальцинироваться. Инфаркт селезёнки отчётливо визуализируется при гаммасцинтиграфии с эритроцитами, меченными ^{99m}Tc и повреждёнными нагреванием. Лечение консервативное, исключение составляют сформировавшиеся абсцессы селезёнки, которые пунктируются или дренируются транскутанно.

больших и гигантских гнойниках применяют дренажи типа «свиной хвост» или самофиксирующиеся корзинчатые конструкции диаметром 3-5 мм.

Спленэктомия показана при неэффективности минимально-инвазивного лечения, множественных гнойниках или развитии осложнений пункционно-дренажного метода лечения в виде кровотечения или прорыва гнойника в свободную брюшную полость.

Киста селезёнки

Различают истинные и ложные (посттравматические, паразитарные) кисты селезёнки. Истинная киста - врождённое состояние. До 20% истинных кист имеют эпителиальную выстилку, характеризуются скудной клинической симптоматикой и, как правило, являются находкой во время скринингового УЗИ. При их больших размерах, субкапсулярном расположении *предпочтительно пункционное опорожнение под контролем УЗИ или КТ*. При расположении кисты по висцеральной поверхности предпочтение может быть отдано трансгастральному доступу.

После полного пункционного опорожнения кисты с подтверждением редукции её полости при динамическом УЗИ проводят обработку эпителиальной выстилки 96% этиловым спиртом. Объём вводимого этанола не должен превышать 10% от эвакуированного объёма кистозной жидкости. При рецидивном скоплении жидкости в полости субкапсулярно расположенной кисты *возможно проведение лапароскопической фенестрации* для окончательной эвакуации содержимого.

Посттравматические кисты - этап трансформации субкап-сулярной или внутритканевой гематомы селезёнки - подлежат динамическому наблюдению. При отсутствии редукции размеров полости, признаках воспалительной реакции (опасность абсцедирования) для эвакуации содержимого показано минимально-инвазивное вмешательство, как описано выше. Необходимости

в открытом или лапароскопическом вмешательстве на селезёнке, как правило, не возникает.

При эхинококкозе селезёнки показано полостное вмешательство, поскольку велика опасность контаминации брюшинной полости сколками в процессе пункционного опорожнения кисты. Лапароскопические технологии имеют преимущество перед открытыми. Предпочтение следует отдавать органосохраняющим вмешательствам, например, сегментарной резекции селезёнки (уровень доказательности ППС).

Инфаркт селезёнки

Формируется в результате тромбоэмболии ветвей селезёночной артерии. Источник эмбологенного тромбоза - левые отделы сердца. Если инфаркт селезёнки развился на фоне инфекционного эндокардита, следующим за эмболией этапом может стать абсцедирование органа. Симптоматика инфаркта селезёнки определяется размерами очага ишемии. Болевой синдром появляется, как правило, лишь при обширном инфаркте с развитием периспленита. Методы диагностического изображения позволяют выявить характерную картину: поля ишемии имеют обычно клиновидную форму; поля «свежего» инфаркта обычно гиподенсивные, но временно могут приобретать пятнистый рисунок с гиперденсивными включениями за счёт мелких кровоизлияний. Со временем денситометрические характеристики в зоне поражения нормализуются при уменьшении объёма поражённой ткани. Этот процесс можно идентифицировать по появлению мелкобугристости капсулы, расположенной над зоной инфаркта. Ишемизированная ткань может подвергаться ликворификации с развитием ложной кисты или кальцинироваться. Инфаркт селезёнки отчётливо визуализируется при гаммасцинтиграфии с эритроцитами, мечеными ^{99m}Tc и повреждёнными нагреванием. Лечение консервативное, исключение составляют сформировавшиеся абсцессы селезёнки, которые пунктируются или дренируются транскутанно.

Разрыв селезёнки нетравматический

Пациенты со спленомегалией подвергаются риску спонтанного разрыва селезёнки при минимальной травматизации, поэтому им рекомендуют избегать физических нагрузок. Быстрое увеличение селезёнки у больных инфекционным мононуклеозом, лейкозом или лимфомой приводит к избыточному растяжению капсулы, что увеличивает риск спонтанного разрыва. Клиническая

картина соответствует таковой при травме живота с повреждением селезёнки. Методы диагностического изображения позволяют установить источник кровотечения в брюшную полость.

Близким по патогенезу является двухэтапный разрыв повреждённой селезёнки. Разница лишь в том, что при спонтанном разрыве анамнестических указаний на травму живота выявить не удастся, а разрыв капсулы происходит на фоне патологии пульпы. Во втором варианте - травма живота в анамнезе, а источником кровотечения является разрыв капсулы вследствие нарастания субкапсулярной гематомы.

Как правило, выполняют спленэктомию. Альтернативные варианты лечения: санационная лапароскопия с проведением местного гемостаза и динамическим наблюдением, а также неоперативное ведение больного (описано ниже).

Перекручивание селезёнки

Слабость связочного аппарата селезёнки может приводить к изменению расположения в брюшной полости - блуждающая селезёнка (*lienmobile*). В такой ситуации заворот (перекручивание) селезёнки проявляется периодическими интенсивными болями с иррадиацией в левый верхний квадрант живота. Обсуждаемое состояние описано у женщин, пожилых мужчин и может встречаться в сочетании с дефектами развития органов живота. Сопровождается сегментарной венозной гипертензией. Лечение оперативное. Если ишемические повреждения ткани органа вследствие повторных эпизодов заворота выражены, показана спленэктомия. При тазовой дистопии показана лапароскопическая спленопексия.

Фиброз селезёнки, периспленит, спленит

Фиброз селезёнки - преимущественно патоморфологический диагноз (например, периваскулярная пролиферация соединительной ткани при болезни Банти). Периспленит - наличие сращений вокруг селезёнки, а также (при остром воспалительном процессе) паралиенальных гнойников, вовлекающих капсулу органа - панкреатогенные нагноения с формированием абсцессов в воротах селезёнки или в левом поддиафрагмальном пространстве либо абсцедирование субкапсулярной гематомы по диафрагмальной поверхности органа. Спленит - воспаление пульпы при застойных изменениях на фоне некротического панкреатита с тромбозом селезёночной вены или при абсцедировании селезёнки.

Травма селезёнки без открытой раны в брюшную полость

Согласно МКБ-10, изолированные повреждения селезёнки кодируются как S36.00. Между тем наиболее серьёзными являются именно сочетанные повреждения (травмы, охватывающие несколько областей тела) - T00-T07, например T06.5 (травмы органов грудной клетки в сочетании с травмами органов брюшной полости и таза). Риск смерти наиболее высок у пострадавших с тяжёлыми сочетанными повреждениями, включая селезёнку, - ISS (*Injury Severity Score*) более 15 баллов (уровень доказательности III).

Общепризнанной является классификация повреждений селезёнки, разработанная в составе Шкалы органных повреждений (*Organ Injury Scale*) Американской ассоциацией хирургов травмы (*American Association for the Surgery of Trauma, AAST*). Она основана на результатах интраоперационной ревизии и данных методов диагностического изображения, прежде всего КТ (рис. 42.1).

Симптомокомплексы повреждений селезёнки: болевой синдром и внутрибрюшинное кровотечение. Висцеральная боль (раздражение диафрагмальной брюшины): иррадиация боли в левую половину груди и плечо - симптом Керра (*Kerr*), в левое надплечье - симптом Зегессера (*Saegesser*), симптом Розанова («ваньки-встаньки»). Соматическая боль - повреждение тканей брюшной стенки, левой половины грудной клетки (ушибы, переломы рёбер). Кровотечение: нарастающая анемия и гемодинамические нарушения (тахикардия и артериальная гипотензия). Важной для лечебной тактики является гемодинамическая реакция на инфузию 2,0 л кристаллоидов. При значениях шокового индекса более 1,0 и АД ниже 90 мм рт.ст. диагностику повреждений проводят в условиях противошоковой операционной на фоне интенсивной терапии и противошоковых мероприятий. Факторы, затрудняющие диагностику: сочетанные повреждения опорно-двигательной системы; черепно-мозговая травма; алкогольное или наркотическое опьянение.

Неоперативное лечение повреждений селезёнки. Теоретической предпосылкой неоперативного ведения пострадавших с травмой селезёнки стал феномен спонтанной остановки кровотечения при разрывах пульпы. В отечественной практике метод неоперативного лечения применяют в детской хирургии, и существуют многочисленные доказательства (уровень IIIA) преимуществ этой тактики.

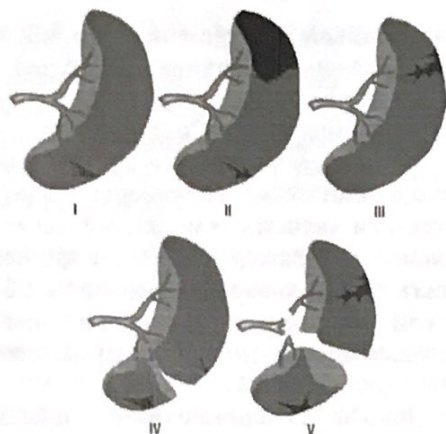
Основные показания: нормальные показатели гемодинамики при поступлении или после инфузии не более 2,0 л кристаллоидов; изолированные, множественные (с травмой печени, почки) или сочетанные повреждения селезёнки; отсутствие перитонеальной симптоматики; возраст до 5 лет.

Факторы риска: распространённый гемоперитонеум; необходимость трансфузии двух пакетов эритроцитарной массы и более; пожилой возраст; невозможность быстрого развёртывания операционной, если в процессе динамического наблюдения появится необходимость экстренного вмешательства; недоступность пострадавшего для наблюдения после выписки из стационара.

Пациенту назначаются строгий постельный режим и синдро-мальная терапия. Динамическое наблюдение проводят в условиях палаты интенсивной терапии с мониторингом (6-часовые интервалы) показателей гемодинамики, уровней гемоглобина и гематокрита. Выполняют контрольную КТ. Начало энтерального питания, перевод в хирургическое отделение через 3 сут. Средний койко-день около 11 сут с учётом наибольшей веро-

ятности рецидива кровотечения из поврежденной селезёнки на 7-9-е сутки.

Показания к традиционному хирургическому вмешательству: прогрессирующая анемия; гипотензия; появление симптомов сочетанных повреждений, не распознанных ранее. Частота не превышает 5% в детской хирургии и у взрослых колеблется от 5% при I классе до 80% при V классе повреждений. При этом эндоваскулярная эмболизация селезёночной артерии снижает частоту отказов от неоперативного лечения при повреждениях селезёнки IV-V класса (уровень доказательности IA).



Шкала повреждений селезёнки в соответствии со Шкалой органических повреждений AAST (Moore E.E. et al., 1991)

Хирургическое лечение повреждений селезёнки. При наличии технических/организационных условий методом выбора является лапароскопия. Задачи: сбор крови и её реинфузия; санация живота; ревизия брюшной полости; топический гемостаз.

Перечень вмешательств на селезёнке определяют традиции и техническая оснащённость лечебного учреждения. Один из вариантов алгоритма гемостаза, не требующего специального оборудования, в зависимости от тяжести повреждений селезёнки и тяжести состояния пострадавшего, представлен на рис. 42.2 (см. цв. вклейку).

Локальный гемостаз показан при остановившемся к моменту операции кровотечении при разрывах класса, когда удаление сгустков с поверхности капсулы не привело к возобновлению геморрагии (для профилактики), либо при эффективной остановке паренхиматозного кровотечения физическими методами (диатермокоагуляция, аргон-усиленная коагуляция), местными гемостатиками.

Оментоспленорафия - ушивание раны селезёнки увеличивает надёжность шва и эффективность гемостаза. Показания (повреждения класса): одиночные разрывы (ранения) ткани селезёнки на диафрагмальной поверхности и в области полюсов. Противопоказания: разрывы более 3 см глубиной (III класс) на висцеральной поверхности при их направлении к воротам селезёнки; множественные повреждения; прорыв субкапсулярной гематомы; повреждения сегментарных сосудов селезёнки (IV-V класс).

Сегментарная резекция. Показания:

- глубокие разрывы пульпы, когда спленорафия невозможна или неэффективна;
- повреждения, распространяющиеся на ворота селезёнки, с активным кровотечением;
- двухэтапные разрывы селезёнки с обширным отслоением капсулы и вторичным паренхиматозным кровотечением, когда сохранена часть органа;

- очаговые патологические процессы в селезёнке.

Условия выполнения резекции:

- сохранность части органа с магистральным кровотоком;
- целостность капсулы оставляемой части;
- стабильные показатели гемодинамики в ходе операции.

Этапы: мобилизация органа (с пересечением левой части же-лудочно-ободочной и же-лудочно-селезёночной связок); перевязка сосудов удаляемой части; удаление повреждённой ткани; остановка кровотечения из культи органа путём экстраорганный компрессии и местного гемостаза.

Атипичная резекция - удаление части селезёнки без учета сегментарного строения с сохранением ткани на селезёночно-почечной связке, выполняющей роль «брыжейки» культи селезёнки. Показания:

- повреждения III-IV класса при наличии неизменённого участка капсулы и пульпы, сохранившего связь с селезёночно-диафрагмальной связкой, при стабильном состоянии пациента во время операции;

- рак желудка III-IV стадии, прорастающий верхнюю и среднюю трети органа с поражением 10-11 лимфатических коллекторов, без признаков неоперабельности;

- доброкачественные процессы, локализованные в воротах селезёнки или в области хвоста поджелудочной железы, исключающие возможность сегментарной резекции.

Аутоотрансплантация ткани удалённой селезёнки. Этапы: перфузия селезёнки через сегментарные сосуды; декапсуляция; формирование трансплантатов в виде пластинок или субсегментов в объёме 25-30% селезёнки; размещение ткани в дубликатуру большого сальника интраоперационно или экстраперитонеальная аутоотрансплантация на поперечную фасцию в ложе прямой мышцы живота. Последний способ исключает развитие внутри-брюшинных осложнений и позволяет выполнять отсроченную аутоотрансплантацию после стабилизации состояния пациента.

Противопоказания:

- наличие резидуальной селезёночной ткани (спленоз либо добавочная селезёнка);

- тотальное поражение пульпы патологическим процессом;

- сопутствующие заболевания системы крови, когда спленэктомия выполнена по гематологическим показаниям; вирус иммунодефицита человека и/или вирусный гепатит В и/или С; спленомегалия неуточнённого генеза (относительное противопоказание);

- крайне тяжёлое состояние пациента во время вмешательства и в раннем послеоперационном периоде (возможно применение этапной хирургической коррекции повреждений).

Послеоперационное ведение больного и результаты вмешательств на селезёнке. Продолжительность пребывания пациентов в стационаре (за исключением погибших от деком-пенсированного шока в раннем послеоперационном периоде) составляет 9-13 сут. Среди осложнений преобладают раневые (5-9%) и послеоперационные (до 5%) кровотечения. Тромбоэмболические осложнения, развивающиеся у аспленизированных пациентов в связи с тромбоцитозом и гиперкоагуляцией, достигающие максимума к 20-м суткам после операции, требуют стандартных методов профилактики и/или лечения.

Непосредственные результаты вмешательства на повреждённой селезёнке в большей степени определяются тяжестью сопутствующих повреждений, нежели характером операции. Летальность, по разным данным, составляет от 5 до 30%.

Специфической проблемой индуцированного послеоперационного гипоспленизма является пожизненный риск молниеносного сепсиса с наивысшей вероятностью его развития в первые 2 года после операции. Органосохраняющие операции, когда *in situ* сохранено достаточное количество ткани с магистральным кровоснабжением, предположительно минимизируют риск пост-спленэктомических инфекционных осложнений (уровень

доказательности ИС). Эффект аутотрансплантации в виде накопления в пересаженной ткани меченых эритроцитов следует оценивать через 1 год после удаления селезенки.

Рекомендуемая литература

1. Органосохраняющая хирургия селезенки / под ред. Е.Г. Григорьева, К.А. Апарцина. Новосибирск : Наука, 2001. 400 с.
2. Неоперативное лечение повреждений селезенки у детей / под ред. В.В. Подкаменева, К.А. Апарцина, Е.Г. Григорьева. Новосибирск : Наука; Иркутск : НЦРВХ, 2014. 256 с.
3. Armitage J.O. Approach to the patient with lymphadenopathy and splenomegaly // Goldman's Cecil Textbook of Medicine. 21st ed. W.B. Saunders, 2000. P. 960-963.
4. Chapman W.C., Newman M. Disorders of the spleen // Wintrobe's Clinical Hematology. 10th ed. / ed. G.R. Lee. Lippincott Williams and Wilkins, 1999. P. 1969-1988.
5. The Complete Spleen: Structure, Function, and Clinical Disorders. 2nd ed. / ed. A.J. Bowdler - Humana Press, 2002. 331 p.
6. Wisner D.H. Injury to the spleen // Trauma. 7th ed. / eds K.L. Mattox, E.E. Moore, D.V. Feliciano. McGraw-Hill, 2013.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра госпитальной хирургии им. Проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

Рецензия д.м.н., профессора О.В. Перовы на реферат по
теме Хирургическое лечение селезенки на реферат
ординатора 2 года обучения по специальности «Хирургия»
Нестерова Семена Андреевича по теме:

В своем реферате раскрывает важные аспекты, касающиеся различных видов осложнений, которые могут возникнуть в раннем послеоперационном периоде. От умения вовремя и правильно диагностировать наличие послеоперационных осложнений зачастую зависит жизнь больного, в связи с чем, данный доклад является актуальным. В докладе в достаточном объеме представлена необходимая информация о видах осложнений в раннем послеоперационном периоде, широко описаны причины осложнений, клиническая картина, диагностика, тактика лечения данных состояний.

Структурированность работы не нарушена, и содержит основные необходимые данные.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы. Список литературы представлен 6 источниками, выпущенных не позднее 5 лет.

Работа выполнена по типу реферата, оформлена в соответствии с требованиями.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	-
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	-
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: Положительная / Отрицательная

Комментарии рецензента:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: