

С.И. Третьяк<sup>1</sup>, В.Я. Хрыщанович<sup>1</sup>, И.М. Ладутько<sup>2</sup>, О.И. Рубахов<sup>1</sup>,  
А.М. Федорук<sup>2</sup>, Н.Т. Ращинская<sup>3</sup>, С.М. Ращинский<sup>3</sup>, Е.В. Баранов<sup>1</sup>,  
Е.Л. Авдей<sup>3</sup>, А.В. Большов<sup>3</sup>, А.В. Ланевич<sup>1</sup>

## БОЛЕЗНИ СЕЛЕЗЕНКИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Белорусский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
Белорусская медицинская академия последипломного образования<sup>2</sup>,  
УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска<sup>3</sup>

---

*Проведен анализ лечения 155 пациентов с заболеваниями селезенки. Определено значение различных инструментальных методов диагностики, изучена эффективность хирургических методов лечения болезней селезенки. Выявлены постспленэктомические изменения в системах коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Органосохраняющие операции на селезенке позволяют снизить количество послеоперационных осложнений.*

---

**В** настоящее время многие авторы указывают на роль селезенки в физиологических механизмах регуляции клеточного и гуморального иммунитета [2, 3], эритропоэза [2], тромбоцитопоэза [2, 4, 5, 10, 13], коагуляционной активности крови [4], обмена железа, билирубина, белков [2]. Различные формы патологии селезенки существенным образом влияют на общее свертывание крови, содержание тромбоцитов в организме [13]. Диагностика заболева-

ний селезенки представляет известные трудности, расхождения до- и послеоперационных диагнозов при патологическом состоянии селезенки значительно и составляет по данным литературы от 17 до 33% [8]. Разработка современных, неинвазивных и высокоинформативных методов диагностики болезней селезенки требует своего дальнейшего изучения и развития в связи с неуклонным увеличением числа пациентов с хирургическими заболеваниями и вто-

ричными изменениями селезенки, что обусловлено ростом гематологической и паразитарной патологии, портальной гипертензии, травматизма [1, 4, 12, 13]. Значительные изменения в процессе гемокоагуляции и гемопоза могут наблюдаться при вовлечении в патологический процесс одновременно селезенки и печени [13]. Однако высокие компенсаторно-функциональные возможности организма позволяют длительное время скрывать клинические проявления данной патологии. С каждым годом расширяются хирургические возможности лечения различных заболеваний и патологических состояний селезенки. Несмотря на некоторые успехи в хирургии заболеваний селезенки, результаты лечения этой распространенной патологии не всегда удовлетворительные. Выявление нарушений функциональной активности селезенки при различных заболеваниях и ее влияния на организм больного составляет чрезвычайно важную задачу для выбора лечебной тактики и решения вопроса о сохранении или удалении селезенки.

Цель настоящего исследования – определить информативность различных инструментальных методов исследования в диагностике заболеваний селезенки, оценить эффективность и обоснованность применяемых в клинике хирургических подходов при заболеваниях и вторичных патологических изменениях селезенки, изучить периоперационные гемостазиологические изменения у пациентов в зависимости от характера патологии селезенки и объема оперативного пособия.

#### Материал и методы

В основу работы положены результаты хирургического лечения 155 пациентов с различными заболеваниями селезенки в 1999-2007 г.г. на базе отделений хирургической гепатологии и портальной гипертензии УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска. Мужчин было 67 (43,23%), женщин 88 (56,77%). Средний возраст больных составил  $38,9 \pm 1,2$  года (от 15 до 69 лет). Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное обследование. Были оценены результаты показателей лабораторных методов исследования, однако встречающиеся отклонения отдельных показателей у больных с патологией селезенки в целом ряде случаев нельзя считать специфическими, лишь некоторые из них позволяют косвенно судить о появлении осложнений и функциональном состоянии органа. Ведущее место в диагностике болезней селезенки принадлежало инструментальным методам. С целью лабораторной и инструментальной дооперационной диагностики патологии селезенки, а также послеоперационного мониторинга были использованы стандартные показатели общего анализа крови (эритроциты, тромбоциты, гемоглобин), коагулограммы (активированное парциальное тромбопластиновое время, фибриноген, протромбиновый индекс, тромбиновое время), ультразвукографическое исследование брюшной полости, компьютерная томография, скинтиграфия печени и селезенки, целиакография, фистулография, фиброзофагогастродуоденоскопия. Макропрепарат удаленной во время операции селезенки или ее фрагментов подвергался обязательному морфологическому исследованию. Статистический анализ полученных результатов проводился на персональном компьютере с использованием программы STATISTICA (версия 6.0).

#### Результаты и обсуждение

На основании проведенного накануне операции клиничко-лабораторно-инструментального исследования у пациентов были выявлены следующие заболевания или вторичные патологические изменения селезенки: спленомегалия, гиперспленизм на фоне внепеченочной формы синдрома

портальной гипертензии, обусловленных тромбозом воротной или селезеночной вен, у 15 (9,68%) больных; спленомегалия, гиперспленизм при циррозе печени у 62 (40%); аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура – 29 (18,71%); эхинококкоз селезенки – 2 (1,29%); непаразитарная киста селезенки – 28 (18,06%); абсцесс селезенки – 5 (3,23%); лимфома селезенки – 6 (3,87%); болезнь Минковского-Шаффара (наследственный врожденный микросфероцитоз, гемолитическая анемия) – 8 (5,16%).

Основным инструментальным методом верификации патологии селезенки было ультразвуковое исследование. Оно в силу своей информативности, безопасности и экономичности в настоящее время приобрело приоритетное значение. УЗИ является неинвазивным, безопасным методом, обладает высокой чувствительностью, противопоказаний для его проведения практически не существует. Наши данные и данные литературы показывают, что при квалифицированно выполненном ультразвуковом сканировании диагностическая точность метода приближается к 73,9% [7, 8]. Не уступает по своей информативности, а в целом ряде случаев превосходит и дополняет ультразвуковой метод исследования компьютерная томография, однако в силу многих причин УЗИ до настоящего времени остается скрининговым методом ранней диагностики болезней селезенки. Опыт применения скинтиграфии печени и селезенки позволяет сделать вывод о низкой эффективности данного метода исследования в дифференциальной диагностике заболеваний селезенки, и его выполнение показано в комплексе с другими методами. Рентгенангиоконтрастные методы диагностики заболеваний селезенки, в том числе и целиакография, в настоящее время используются редко в связи с их инвазивностью и относительно малой информативностью по сравнению с УЗИ, КТ и МРТ, особенно при очаговых поражениях селезенки (рис. 1).

Основными показаниями для оперативных вмешательств на селезенке при тромбоцитопенической пурпуре, гемолитической анемии, очаговых поражениях, лимфоме были: тромбоцито- и панцитопения с выраженным геморрагическим и анемическим синдромами, высокий риск разрыва и нагноения серозных и паразитарных кист, опасность диссеминации эхинококкоза, абсцесс селезенки. Спленэктомия входила в комплекс оперативных вмешательств при лечении цирроза печени и его осложнений, основным из которых являлся выраженный гиперспленизм. Операционный доступ зависел от характера патологии и размеров селезенки, сопутствующих изменений других органов. Были использованы следующие разновидности доступов: 1) лапаротомный верхнесрединный – у 133 (85,81%) пациентов, верхнесреднесрединный – 4 (2,58%), левый косой по Прикелу (параллельно реберной дуге) – 2 (1,29%); 2) лапароскопический с введением 3-х и 4-х троакаров у 4 (2,58%) пациентов – использовался стандартный набор эндохирургических инструментов и видеолапароскопическое оборудование фирм «Karl Storz» и «MGB» (Германия); 3) чрескожный пункционный в X межреберье по средне-подмышечной линии слева под УЗИ-контролем – у 12 (7,74%) пациентов.

Операции из лапаротомного и лапароскопического доступов выполняли под эндотрахеальным наркозом, при этом особое внимание уделяли адекватной мышечной релаксации как обязательному условию для создания достаточного «рабочего» пространства и карбоперитонеума в течение всей операции. Чрескожные пункционные вмешательства под контролем ультразвука выполняли под местной инфильтрационной анестезией 0,25-0,5% раствором новокаина

(лидокаина). Объем оперативного пособия зависел от характера основного заболевания селезенки и сопутствующей патологии (синдром портальной гипертензии, хронический калькулезный холецистит); при очаговых поражениях, по возможности, предпочтение отдавали органосохраняющим операциям (табл. 1).

Всем 62 (40%) пациентам, страдающим внутрипеченочной формой синдрома портальной гипертензии с выраженным, некорректируемым гиперспленизмом, выполнялась спленэктомия, операция Усова, краевая резекция печени, в 29 – перевязка левой желудочной артерии и деваскуляризация желудка, в 47 – гастротомия с прошиванием и склерозированием (1-3% раствор этюксисклерола) вен пищевода и желудка, в 2 – аппаратный разобщающий эзофагоэзофагоанастомоз.

В группе из 15 (9,68%) пациентов, страдающих внепеченочной формой синдрома портальной гипертензии с выраженным гиперспленизмом, выполнялась спленэктомия, при этом у 7 больных операция дополнялась деваскуляризацией желудка, гастротомией с прошиванием и склерозированием вен пищевода и желудка, у 2 – холецистэктомией. У пациентов с тромбозом селезеночной вены спленэктомия являлась радикальной операцией для устранения гиперспленизма и синдрома портальной гипертензии с варикозом вен дна желудка.

Пациентам с аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой, эхинококкозом, лимфомой и абсцессом селезенки, болезнью Минковского-Шаффара в качестве радикальной операции производилась спленэктомия. При болезни Минковского-Шаффара во всех случаях выполнялась холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита, который являлся одним из проявлений данного заболевания. Перечисленные выше заболевания и патологические изменения селезенки являлись противопоказанием к ее сохранению и свободной гетеротопической аутолиентрансплантации.

По локализации непаразитарные кисты селезенки распределялись следующим образом: в верхнем полюсе – 14, в воротах селезенки – 6 и в нижнем полюсе – 8; по величине кисты селезенки колебались от 6 до 14 см в диаметре, что оказывало влияние на выбор хирургического доступа и объем оперативного пособия. Из 28 пациентов с непаразитарными кистами селезенки 14 выполнена спленэктомия с аутотрансплантацией ткани удаленной селезенки в сформированный «карман» большого сальника. По данным морфологического исследования, у 10 больных после спленэктомии кисты были ложными, у 4 – истинными.

4 больным произведена лапароскопическая фенестрация кист с последующей дезэпителизацией с помощью аргонного коагулятора «ARGO-MBC» («Soring», Германия) и пломбировкой остаточной полости гемостатическими салфетками «Поликапран» и «Оксицеланим» (рис. 2). Плазменный поток аргонного коагулятора создавал тончайший прочный струп, обеспечивающий надежный гемостаз и предупреждающий рецидив заболевания.

Лапароскопический метод применяли в случаях, когда небольшие тонкостенные кисты, расположенные в передних отделах селезенки, значительной частью своего объема выступали за пределы органа. При возникновении осложнений во время лапароскопической операции или при невозможности ее выполнения необходимо незамедлительно



Рис. 1. Целиакография: спленомегалия

переходить к лапаротомии, которая, в свою очередь, при невозможности сохранения селезенки должна быть закончена аутотрансплантацией ее фрагментов [7]. В нашем исследовании таких наблюдений не было.

У 12 пациентов использован малоинвазивный подход путем перкутанной транспаренхиматозной пункции под ультразвуковым контролем с дренированием и динамической санацией в 7 случаях. Основными показаниями к пункционным операциям были наличие кист селезенки более 4-5 см в диаметре с тен-

денцией к увеличению, а также кисты селезенки у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционным риском. После эвакуации содержимого кисты направляли на цитологическое, а при необходимости на биохимическое или бактериологическое исследование. В полость кисты с гемостатической целью вводили 2,5% этамзилат, дицинон, тромбин. Завершая операцию, выполняли контрольное УЗИ области расположения кисты и окружающих тканей. Для профилактики возможных осложнений всем больным после пункции назначали постельный режим и местное охлаждение области вмешательства. Как рецидив мы расценивали случай возникновения кисты в месте ранее выполненной пункции. У 2 пациентов ввиду неэффективности аспирационной санации и быстрого рецидива кисты произведена спленэктомия с аутолиентрансплантацией, у 4 – выполнено повторное вмешательство под УЗИ-контролем с хорошим ближайшим результатом (получено выздоровление с облитерацией кистозного участка селезенки). Необходимо отметить, что, по данным морфологического исследования, в 2 случаях, потребовавших спленэктомии, кисты селезенки по гистогенезу являлись истинными.

Анализ данных патоморфологического исследования удаленных во время операции селезенки и их фрагментов показал, что в 91,3% случаев имело место совпадение клинического диагноза до операции с гистологически верифицированным заключительным диагнозом.

Среди осложнений, развившихся в послеоперационном периоде, следует отметить острый интерстициальный панкреатит в 2 (1,29%) случаях, панкреонекроз и абсцесс хвоста поджелудочной железы – 2 (1,29%), левосторонний поддиафрагмальный абсцесс – 10 (6,45%) (рис. 3) и гематома – 2 (1,29%), послеоперационный раневой инфильтрат – 1 (0,65%) (табл. 2). Указанные осложнения не потребовали повторной операции и были купированы консервативными мероприятиями и малоинвазивными дренирующими вмешательствами под контролем ультразвука.

В 3 (1,94%) случаях производилась релапаротомия с целью гемостаза в связи с развившимся кровотечением

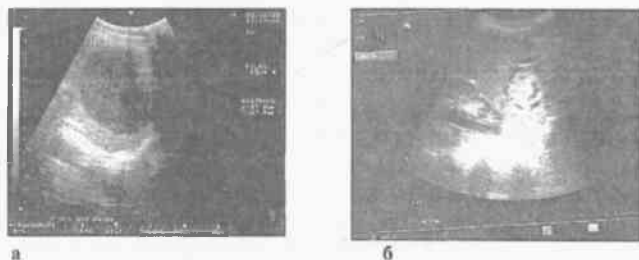


Рис. 2. УЗИ: непаразитарная киста селезенки до операции (а) и через 10 суток после (б)

Таблица 1  
Распределение пациентов с заболеваниями селезенки по объему и характеру операции

№ п/п	Заболевание селезенки	Операция	Количество операций, абс.
1	Спленомегалия, гиперспленизм, внутрипеченочная форма СПГ (n = 62)	- спленэктомия, операция Усова, краевая резекция печени	62
		+ деваскуляризация желудка	29
		+ операция Папиоры	47
		+ аппаратный ззофаго-ззофагоанастомоз	2
2	Спленомегалия, гиперспленизм, внепеченочная форма СПГ (n = 15)	- спленэктомия	15
		+ операция Папиоры, деваскуляризация желудка	7
		+ холецистэктомия	2
3	Тромбоцитопеническая пурпура (n = 29)	- спленэктомия	29
4	Эхинококкоз (n = 2)	- спленэктомия	2
5	Лимфома (n = 6)	- спленэктомия	6
6	Абсцесс (n = 5)	- спленэктомия	5
7	Болезнь Минковского-Шаффара (n = 8)	- спленэктомия	8
		+ холецистэктомия	8
8	Киста селезенки (n = 28)	- спленэктомия, аутолиентрансплантация	14
		- лапароскопическая фенестрация	4
		- аспирация под УЗИ-контролем	12

Таблица 2  
Характер и частота послеоперационных осложнений

Характер осложнений	Вид операции					
	Спленэктомия (n=127)		Спленэктомия с аутоотрансплантацией (n=14)		Органосохраняющие операции (n=14)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Острый интерстициальный панкреатит	2	1,57%	-	-	-	-
2. Панкреонекроз, абсцесс хвоста панкреаса	2	1,57%	-	-	-	-
3. Поддиафрагмальный абсцесс слева	9	7,09%	1	7,14%	-	-
4. Гематома ложа селезенки	2	1,57%	-	-	-	-
5. Нагноение раны	1	0,79%	-	-	-	-
6. Внутривенное кровотечение	3	2,36%	-	-	-	-
Всего	19	14,95%	1	7,14%	-	-

из ложа селезенки. Летальность отмечена в 3 (1,94%) случаях у оперированных пациентов с циррозом печени, тяжестью цирроза «С» по Чайлду-Пью и была обусловлена развившейся в послеоперационном периоде острой печеночно-почечной недостаточностью. Наши данные во многом соответствуют данным других авторов, которые указывают на достаточно высокий процент послеоперационных спленэктомических осложнений при заболеваниях селезенки (29-55%), при этом в их структуре главное место занимают инфекционно-септические осложнения (0,5-2%), связанные со значительной аспленической депрессией гуморального и клеточного иммунитета [2, 3, 14]. Необходимо отметить, что на частоту послеоперационных тромбгеморрагических осложнений значительное влияние



Рис. 3. Фистулография: поддиафрагмальный абсцесс после спленэктомии

оказывает тяжелая печеночно-клеточная недостаточность у больных циррозом печени [1, 4, 5, 10, 13]. Риск развития тяжелых проявлений постспленэктомического синдрома обосновывает стремление к выполнению органосохраняющих операций, число которых до сих пор невелико [1, 7, 9, 11]. Нередко практические хирурги не учитывают возможность сохранения органа, а при спленэктомии – гетеротопическую аутоотрансплантацию селезеночной ткани [3, 14]. Большая частота инфекционно-воспалительных и тромботических осложнений в отдаленные сроки после спленэктомии вследствие уг-

нетения иммунной защиты и системы гемостаза обосновывает предпочтительность выполнения при доброкачественных очаговых образованиях органосохраняющих вмешательств либо дополнения спленэктомии гетеротопической аутоотрансплантацией селезеночной ткани [3, 7, 9].

В до- и послеоперационном периоде была изучена система коагуляционного гемостаза у 42 (27,1%) больных с заболеваниями селезенки (гиперспленизм, аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура, лимфома), которым выполнялась спленэктомия. До операции показатели коагуляционного гемостаза соответствовали нормальным физиологическим значениям или были близки к таковым, чему в ряде случаев способствовала проведенная накануне предоперационная подготовка (свежезамороженная плазма, тромбоцитарная масса, гепатопротекторы, глюкокортикостероиды, про- и антикоагулянты по показаниям) (табл. 3). К 3-5 дню после операции отмечено некоторое снижение АПТВ (с 36,4±2 до 31±1,7 сек., P<0,05), ПТИ (с 0,83±0,2 до 0,68±0,02, P<0,05), повышение уровня фибриногена (с 2,16±0,2 до 2,9±0,1 г/л, P<0,05), показатель тромбинового времени не претерпел изменений. Описанные изменения в системе коагуляционного гемостаза сохранялись и к моменту выписки больных из стационара, за исключением снижения тромбинового времени с 17,7±0,4 до 13,4±0,2 сек. (P<0,05). Следует указать, что в группе пациентов, которым выполнялись малоинвазивные лапароскопические и пункционные вмешательства, в послеоперационном периоде не было выявлено изменений в системе коагуляционного гемостаза.

Приведенные данные согласуются с результатами других исследователей и позволяют заключить, что при ряде заболеваний и патологических состояний селезенки имеются разной степени выраженности нарушения коагуляционной активности крови, которые заключаются в мозаичности показателей свертывающего и противосвертывающего гемостаза [4, 5, 13]. Подобные изменения напоминают картину хронического диссеминирован-

Таблица 3  
Периоперационные показатели коагуляционного гемостаза у пациентов с заболеваниями селезенки

Период времени	Показатели коагулограммы			
	АПТВ, сек.	ПТИ	Фибриноген, г/л	Тромбиновое время, сек.
Норма	24,0-39,0	0,81-1,13	2,0-4,0	14,0-16,0
До операции	36,4 ± 2	0,83 ± 0,2	2,16 ± 0,2	16,4 ± 0,4
<b>спленэктомия</b>				
3-5 сутки после операции	31 ± 1,7	0,68 ± 0,02	2,9 ± 0,1	17,7 ± 0,4
Выписка из стационара	32,98 ± 1	0,65 ± 0,02	3,36 ± 0,1	13,4 ± 0,2

Периоперационные гематологические показатели крови у пациентов с заболеваниями селезенки

Заболевания селезенки	Гематологические показатели крови ( $RBC \times 10^{12}/л$ , $TRC \times 10^9/л$ , $Hb$ , г/л)									
	До операции			с п л е н э к т о м и я	3-5 сутки после операции			Выписка из стационара		
	RBC	TRC	Hb		RBC	TRC	Hb	RBC	TRC	Hb
АИТП	4,55±0,1	80±14,5	124±6		4,0±0,1	269±21	120±4,9	4,0±0,1	285±31	117±4,2
гиперспленизм	3,7±0,1	78±12,1	104±4,5		3,6±0,1	248±24	100±4,4	3,6±0,1	149±23	102±3,4
лимфома	2,8±0,1	75±15	80±6,5		3,4±0,1	446±31	102±3,9	4,1±0,1	480±38	119±4,5
гемолитическая анемия	2,9±0,1	280±17	92±6,7		3,5±0,1	250±14	121±4,1	4,2±0,1	310±27	128±5,6
абсцесс	4,5±0,1	380±22	119±7,1		4,8±0,1	270±28	128±4,5	4,0±0,1	460±31	123±5,1
киста	3,8±0,1	443±31	125±6,9		4,1±0,1	430±29	120±3,7	3,9±0,1	420±35	122±4,9

ного внутрисосудистого свертывания крови во 2-й нормогипер-гипокоагуляционной стадии [6]. При этом выполненная пациентам спленэктомия лишь усугубляет вышеописанные гемокоагуляционные изменения. Следует отметить, что наше исследование характеризует лишь тенденцию в системе периоперационного коагуляционного гемостаза у пациентов с заболеваниями селезенки, так как из всех показателей коагулограммы только ПТИ выходил за пределы нормального физиологического интервала.

Многочисленными исследованиями доказано влияние селезенки и происходящих в ней патологических процессов на механизмы тромбоцитопоэза, эритропоэза и сосудисто-тромбоцитарный компонент гемостаза [2, 13, 14]. По результатам собственных исследований, при гиперспленизме с синдромом портальной гипертензии, лимфоме, болезни Минковского-Шаффара выявлено значительное влияние патологической функции селезенки на развитие тяжелого анемического синдрома (табл. 4). При этом спленэктомия оказывала выраженный положительный эффект уже к 3-5 суткам после операции, а к моменту выписки больных из стационара показатели красной крови были в пределах нормы или приближались к таковым.

До операции выраженная тромбоцитопения, резистентная к глюкокортикостероидной терапии и проявления геморрагического синдрома были обнаружены у пациентов, страдающих тромбоцитопенической пурпурой, гиперспленизмом, лимфомой селезенки. Положительное влияние спленэктомии на тромбоцитопоэз было отмечено в ближайшие сроки после операции – уровень тромбоцитов в крови соответствовал физиологической норме вплоть до выписки больных из стационара. У ряда пациентов с очаговыми заболеваниями и лимфомой селезенки в послеоперационном периоде развивался аспленический тромбоцитоз. С другой стороны, у части пациентов с тромбоцитопенической пурпурой и гиперспленизмом с выраженной дооперационной гормонрезистентной тромбоцитопенией (менее  $50 \times 10^9/л$ ) после кратковременного повышения на 3-5 сутки после операции отмечалось снижение уровня тромбоцитов к моменту выписки до  $100-150 \times 10^9/л$ , что позволяет рекомендовать более раннюю спленэктомию до развития необратимых гематологических изменений.

#### Выводы

1. Наибольшее значение в диагностике заболеваний селезенки имеет предоперационная система обследования. Обязательное соблюдение диагностической последовательности: УЗИ – КТ (МРТ) – скintiграфия, определяет эффективность дооперационного обследования и позволяет выявить патологию селезенки в 91,3% случаев.

2. Спленэктомия до настоящего времени является опе-

рацией выбора при некоторых заболеваниях селезенки (гиперспленизм, аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура, болезнь Минковского-Шаффара), что связано с радикальностью вмешательства и отсутствием серьезной альтернативы методу, хорошо отработанной техникой операции, надежностью гемостаза. Все пациенты, перенесшие вмешательство на селезенке, должны находиться на диспансерном учете, особенно больные после спленэктомии.

3. Значительные разнонаправленные сдвиги в системах коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у пациентов перенесших спленэктомию требуют адекватной медикаментозной коррекции (антиагреганты, прямые и непрямые про-и антикоагулянты) в течение всего периоперационного периода, а порой и после выписки больного из стационара.

4. Чрескожные пункционные вмешательства при ложных кистах селезенки, выполняемые под контролем УЗИ, с диагностической и лечебной целью являются высокоэффективными, малотравматичными манипуляциями, практически не имеющими противопоказаний. Лечение непаразитарных кист селезенки необходимо начинать с чрескожных пункций, и лишь при неэффективности малоинвазивных вмешательств переходить на открытые операции.

5. Лапароскопическое лечение непаразитарных кист селезенки позволяет сохранить селезенку, выполнить малотравматичную операцию с хорошим косметическим результатом и избежать послеоперационных осложнений.

6. При некоторых очаговых заболеваниях селезенки (непаразитарные кисты, доброкачественные опухоли) необходимо стремиться к выполнению органосберегающих вмешательств, а при невозможности этого дополнять спленэктомию гетеротопической аутоотрансплантацией селезеночной ткани.

#### Литература

- Александров, С.В., Воробей, А.В., Лурье, В.Н. и др. Технологии спленэктомии в хирургической гематологии // Материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях» (28-29 сентября 2006 г., г. Гомель): в 2 т. / Сост. А.Н. Лызинов, С.И. Леонovich, Г.Г. Кондратенко и др. – Гомель: УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2006. – Т. 1. – С. 17-18.
- Барта, И. Селезенка: анатомия, физиология, патология и клиника: Издательство академии наук Венгрии, Будапешт, 1976, 264 с.
- Беленков, А.В., Бойко, В.М. Отдаленные последствия гетеротопической аутоотрансплантации селезеночной ткани // Здоровоохранение. – 1997. – 7. – С. 54.
- Большов, В.В., Рубахов, О.И., Большов, А.В. О некоторых причинах возникновения геморрагических осложнений после спленэктомии при хроническом миелолейкозе / Актуальные вопросы гепато-панкреато-билиарной хирургии: Сб. тр., посвящ. 30-летию Респ. центра хирург. гепатологии / Редкол.: М.А. Козырев и др. – Мн.: БГМУ, 2002. – с. 228-231.
- Большов, А.В., Рубахов, О.И., Авдей, Е.Л. Применение поликапрана

## Оригинальные научные статьи ☆

для профилактики внутрибрюшных кровотечений после спленэктомии / Актуальные вопросы гепато-панкреато-билиарной хирургии: Сб. тр., посвящ. 30-летию Респ. центра хирург. гепатологии / Редкол.: М.А. Козырев и др. – Мн.: БГМУ, 2002. – с. 232-233.

6. Дмитриев, В.В. Практическая коагулология / В.В. Дмитриев. – Мн.: Бел. наука, 2004. – 544 с.

7. Джангирли, Э.А. Хирургическая тактика при очаговых поражениях селезенки / В кн.: Актуальные проблемы хирургии. – Материалы науч. конф. молодых ученых, посв. 50-летию Инст. хирургии им. А.В. Вишневского. – М., 1995. – С. 15-16.

8. Кургузов, О.П., Кузнецов, Н.А., Артюхина, Е.Г. Непаразитарные кисты селезенки (обзор литературы) // Хирургия. – 1990. – №6. – С. 130-134.

9. Рубахов, О.И., Третьяк, С.И., Ращинская, Н.Т. и др. Хирургия селезенки. Диагностика и тактика лечения непаразитарных кист селезенки / Актуальные вопросы гепато-панкреато-билиарной хирургии: Сб. тр., посвящ. 30-летию Респ. центра хирург. гепатологии / Редкол.: М.А. Козырев и др. – Мн.: БГМУ, 2002. – с. 260-261.

10. Рубахов, О.И., Авдей, Е.Л., Руммо, О.О. Применение препарата «Тахокомб» в гемостазе при спленэктомии у больных циррозом печени //

Материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях» (28-29 сентября 2006 г., г. Гомель): в 2 т., / Сост. А.Н. Лызиков, С.И. Леонович, Г.Г. Кондратенко и др. – Гомель: УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2006. – Т.2. – С. 93-94.

11. Сапко, Г.Ф., Овчинников, В.В., Щастный, А.Т., Лярский, С.П. Лапароскопическая спленэктомия в лечении заболеваний селезенки // Материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях» (28-29 сентября 2006 г., г. Гомель): в 2 т., / Сост. А.Н. Лызиков, С.И. Леонович, Г.Г. Кондратенко и др. – Гомель: УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2006. – Т.2. – С. 100.

12. Фадеев, С.Ю., Староверов, В.В., Трохов, В.Е. и др. Посттравматический инфаркт селезенки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2004. – №4. – С. 45-46.

13. Фатеева, Н.М., Усов, Д.В., Колпаков, В.В., Горельчик, С.В. Выбор лечебной тактики при гиперфункции селезенки у больных циррозом печени // Тезисы докл. конф. хирургов (в честь 25-летия общей хирургии ТГМИ): в 2 т. – Тюмень, 1990. – Т.2. – С. 313-314.

14. Chambon, JP, Vallet, B., Caiazzo, R., Zerbib, P. Management of splenectomized patients // Presse Med. 2003 Sep 6; 32 (28 Suppl): S 20-3.