
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИАРТЕРИАЛЬНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ КРОВОТОЧАЩИМИ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

Тарабан И.А.

Харьковский НИИ общей и неотложной хирургии, в.Харьков

Послеоперационный панкреатит является одним из наиболее частых и грозных осложнений различных оперативных вмешательств, выполняемых по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. По данным литературы, частота развития панкреатита в раннем послеоперационном периоде колеблется от 0,1 до 17,2%, причем, при удалении пенетрирующей язвы достигает 11,7% [1, 2, 7, 8, 10, 13]. При этом летальность, связанная с ним, особенно при развитии деструктивных форм, может достигать до 50% [10, 12]. Имеются данные о возникновении хронического панкреатита в более поздние сроки (до 25,4%) после хирургических вмешательств по пово-

ду язвенной болезни [5]. Выполнение селективной проксимальной ваготомии у больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами способствует коррекции имеющихся нарушений микрогемодикуляции поджелудочной железы [4, 9, 11, 14]. Однако, этот положительный эффект, зависящий от целого ряда других факторов, обычно непродолжительный [6, 15]. Поэтому поиск оперативных вмешательств, направленных на улучшение кровоснабжения органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, представляется чрезвычайно актуальным [16]. В последнее время, для этого проводится выполнение симпатэктомий соответствующих артерий [3, 4].

В клинике Харьковского НИИ общей и неотложной хирургии было проведено изучение кровотока поджелудочной железы у 145 больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами. Кровотечение легкой степени тяжести (до 20% ОЦК) установлено у 55 больных, средней степени тяжести (от 20 до 30% ОЦК) - у 27 больных, тяжелой степени (более 30% ОЦК) - у 63 пациентов. Язвенная болезнь желудка выявлена у 36 больных, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, как причина кровотечения, диагностирована у 109 больных.

Кровоток поджелудочной железы изучался методом прямой реопанкреатографии (РПГ) до и после выполнения оперативного вмешательства. Наиболее типичными РПГ, которые мы отмечали при их изучении и анализе у больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами были такими: 1) крупнозубчатая РПГ в основном наблюдали у больных с небольшой кровопотерей и глубоким язвенным дефектом, проникающим в головку поджелудочной железы (этот тип РПГ свидетельствовал о хорошем артериальном наполнении системных сосудистых образований и резком периферическом микроциркуляторном спазме); 2) крупноамплитудная «пилообразная» РПГ выявлена нами у некоторых больных с небольшой кровопотерей и значительными рубцовыми изменениями ткани поджелудочной железы (этот тип РПГ свидетельствовал об отсутствии эффективного кровотока и полном поражении микроциркуляторного русла); 3) мелкозубчатая РПГ была более характерной для больных с тяжелой кровопотерей и дуоденальных язв, пенетрирующих в головку поджелудочной железы (этот тип РПГ свидетельствовал о превалировании спазма артериол на фоне хронической микроциркуляторной недостаточности); 4) аритмичная «венозная» РПГ была характерна для больных с тяжелыми расстройствами микроциркуляции в поджелудочной железе на фоне язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, а также патологическим включением артериовенозных шунтов с развитием компенсаторной портальной гипертензии.

Учитывая наличие выраженных ишемических расстройств и язвенно-геморрагический характер вторичного хронического панкреатита, считали принципиальным: иссечение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, выполнение селективной проксимальной ваготомии (преимущественно у больных с невыраженной кровопотерей) или селективной ваготомии, а также вспомогательных оперативных вмешательств, направленных на стимуляцию кровотока в поджелудочной железе. В связи с этим были применены следующие оперативные вмешательства: денервация общей печеночной артерии

по Маллет-Ги (19 больных), денервация верхней брыжеечной артерии (9 больных), денервация селезеночной артерии у ее устья (4 больных), а кроме того у 38 пациентов была выполнена оментопанкреатопексия в кратере язвы. Индивидуализация методик, улучшающих кровоток поджелудочной железы, осуществлялась в зависимости от преимущественности топики расстройств микроциркуляции и степени операционного риска. Осложнений указанных операций не было. Контрольную группу составили остальные 75 пациентов, которым вспомогательные операции не выполнялись. В процессе изучения кровотока установлено что, у больных, которым наряду с селективной проксимальной ваготомией выполнялась симпатэктомия, отмечено улучшение показателей микроциркуляции поджелудочной железы. Улучшение микроциркуляции поджелудочной железы проявилось усилением артериального притока крови за счет устранения артериолоспазма, раскрытия венозной сети при устранении патологического шунтирования, а также увеличения объемного кровотока в целом. Существенных изменений кровотока в группе пациентов с оментопексией не отмечено. У пациентов контрольной группы установлено достоверное ухудшение кровоснабжения поджелудочной железы.

Кроме интраоперационных мероприятий, профилактика послеоперационного панкреатита осуществлялась путем выполнения следующих консервативных мер: на протяжении 2-4 суток выполняли постоянную эвакуацию желудочного содержимого тонким зондом; для борьбы с интоксикацией, нарушениями водно-электролитного баланса, отеком поджелудочной железы и инфекцией применяли инфузии полиионных растворов, 5% раствора глюкозы, кровезаменителей, сухой и нативной плазмы, витаминотерапию, антибиотикотерапию, форсированный диурез, ингибиторы протеаз, цитостатики.

Следует отметить, что выполнение основной и вспомогательной операции и их объем должны быть индивидуализированы и соотнесены со степенью операционного риска, так как у больных с высоким риском применение дополнительных вмешательств не показано. Тем не менее, в обеспечении благоприятных функциональных результатов в профилактике послеоперационного панкреатита, периартериальная симпатэктомия в комплексе с селективной проксимальной ваготомией является патогенетически обоснованной и целесообразной. Внедрение предложенного подхода позволило снизить частоту развития послеоперационного панкреатита на 7,2%, при этом тяжелые формы имели место в 1,6% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев И.И. Осложнения в ближайшем периоде после хирургических вмешательств при язвенной болезни.-М.: Медицина и здравоохранение, 1986.- Хирургия.-Вып. 3.-С. 10-21.
2. Гостищев В.К., Залит С.В. Послеоперационный панкреатит (Обзор литературы)// Хирургия.-1983.-№9.-С. 134-139.
3. Зайцев В.Т., Бойко В.В., Пеев Б.И. и др. Органосохраняющая хирургия пенетрирующих пилородуоденальных язв, осложненных кровотечениями.-М.: Весть-ВИМО,1993.-112с.
4. Зайцев В.Т., Бойко В.В., Тарабан И.А. Хирургическое лечение хронического панкреатита у больных оперированных по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений // Mat.V конф. хирургов-гепатологов "Анналы хирургической гепатологии".-Томск,1997.-Т.2.-С.89-89.
4. Кобыляцкий И.Т., Матвеев Л.И., Цыбань М.Е. и др. Клинико-экспертная оценка отдаленных результатов хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Клини. хирургия.-1984.-№8.-С.6-9.
5. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. - М.: Медицина, 1985.-368с.

6. Мамчич В.И., Паламарчук В.И., Тарахонич А.И. Острый панкреатит: проблема организации лечебно-диагностического процесса // Актуальні проблеми панкреатогепатобіліарної та судинної хірургії: Збірник робіт наукової конференції, присвяченої 80-річчю академіка О.О.Шалімо-ва.-К.:Клін.хірургія,1998.-426с.
7. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии.-М.:Медицина, 1990.-560с.
8. Соколов Л.К., Минушкин О.Н., Саврасов В.М. и др. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.-М.: Медицина,1987.-280с.
9. Сырбу И.Ф., Захаров М.М., Макаров В.В. Профилактика и лечение панкреатита после операций по поводу гастродуоденальных язв // Клин.хирургия.-1981.-№10.-С.92-95.
10. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Подпратов С.Е. и др. Хирургическая тактика при остром послеоперационном панкреатите // Клин.хирургия.-1983.-№11.-С.17-20.
11. Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения.- К.: Наукова думка, 1990.-272с.
12. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы.- Симферополь:Таврида,1997.-560с.
13. Hiramatsu K., Watanabe T. Ultrastructural and morphometric studies on the peripheral course of the vagus in the domestic fowl, with particular reference to the cholinergic innervation of the pancreas. //Anatomischer Anzeiger. – 1993. – Vol. 175. - № 4. – P.335-341.
14. Inoue K., Kawano T., Kogire M., Takaori K., Suzuki T., Tobe T. Microcirculatory response of the pancreas to feeding, sham feeding, and truncal vagotomy in conscious dogs. //Pancreas. – Vol. 8. - № 1. – P.28-33.
15. Valen B., Dregelid E., Tonder B. Proximal gastric vagotomy for peptic ulcer disease: Follow-up of 483 patients for 3 to 14 years. //Surgery. - 1991. - Vol.110. - P.824-831. – 1996. - № 2-3. – С. 58-59.

РЕЗЮМЕ

ЗАСТОСУВАННЯ ПАРИАРТЕРІАЛЬНОЇ СИМПАТЕКТОМІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ХВОРИХ КРОВОТОЧИВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ВИРАЗКАМИ

Тарабан І.А.

На основі дослідження 145 хворих зроблено висновок про те, що у забезпеченні позитивних функціональних результатів у профілактиці післяопераційного панкреатиту периартеріальна симпатектомія в комплексі з селективною проксимальною ваготомією є патогенетично обґрунтованою і доцільною. Впровадження запропонованого підходу дозволило знизити частоту розвитку післяопераційного панкреатиту на 7,2%, при цьому важкі форми мали місце в 1,6% випадків.

SUMMARY

THE USE OF PARIARTERIAL SYMPATECTOMY IN PROPHYLAXIS OF POSTOPERATIVE PANCREATITIS IN PATIENTS WITH BLEEDING GASTRODUODENAL ULCERS

I.A. Taraban

Based on the observation of 145 patients a conclusion was made that for positive functional results in a prophylaxis of postoperative pancreatitis pariarterial sympatectomy in complex with selective proximal vagotomy is pathogenetically substantiated and expedient.