

УДК 616*37-002.342-002.44-089 (575.2) (04)

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ НИЗКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Б.Т. Арбышев – аспирант,
Д.Н. Нурманбетов – докт. мед. наук, профессор,
Ж.С. Садырбеков – доцент

Results of treatment of 11 patients with postbulbar ulcer of a duodenal gut are presented. Acute postoperative pancreatitis (APP) had developed at 2 patients.

Одним из наиболее тяжелых осложнений после резекции желудка является острый послеоперационный панкреатит (ОПП), возникающий у 7–25% больных [1–3]. Летальность в результате этого серьезного осложнения составляет 15,5–80% [4–6]. Среди причин его возникновения большинство исследователей указывают на существенную роль травмы поджелудочной железы в процессе выделения язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), а также исходного реактивного панкреатита. Проблема ранней диагностики этого осложнения чрезвычайно актуальна.

Материал и методы исследования. Мы наблюдали 71 больного с язвенной болезнью ДПК, которые находились на стационарном лечении, из которых у 11 (15,5%) язва локализовалась в постбульбарном отделе. Такая локализация язвы чаще встречалась у мужчин [7]. Средний возраст составил $49,3 \pm 1,2$ года. Хроническая язва ДПК, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу, была у 2 (18,2%) больных. Стенозирование выявлено у 8 (72,7%), кровотечение – у 1 (9,1%) обследованных.

Малая эффективность консервативного лечения и большая частота развития осложнений у больных с постбульбарными язвами ДПК обуславливают необходимость хирургического лечения [7]. Все больные обследованы с применением гастроуденоскопии, полипо-

зиционного рентгенологического исследования, УЗИ поджелудочной железы. Следует отметить, что в связи с большой частотой стенозирования при проведении гастроуденоскопии не всегда удается оценить размер язвы, расстояние от язвенного кратера до большого дуоденального сосочка (БДС). До операции, сопутствующий язве реактивный хронический панкреатит, установлен и верифицирован у 2 (18,2%) больных.

Во всех наблюдениях в связи с наличием осложнений, предпринято хирургическое лечение. Произведены резекции желудка по Бильрот-П в различных модификациях: по Витебскому у 4 (36,6%) больных, по Гофмейстеру-Финстереру – у 3 (27,2%), по Бальфуру – у 5 (45,1%) больных. ОПП развился у 2 (18,2%) больных.

Результаты. При использовании различных методов хирургического лечения выявлено, что после резекции в модификациях Витебского и Гофмейстера-Финстерера частота ОПП – по одному (9,1%) больному.

Клиническая картина послеоперационного панкреатита разнообразна. Воспалительный процесс в поджелудочной железе может протекать бурно или, наоборот, торпидно. Поэтому признаки развивающегося осложнения появляются в течение первых трех суток после операции. В этом случае значение и ценность

каждого симптома острого панкреатита различны. Боли в эпигастральной области являются одним из ранних симптомов, они могут иррадиировать в поясничную область или иметь опоясывающий характер. В диагностике немаловажно значение признаков нарушения опорожнения культи желудка, таких как тошнота, рвота. В наших наблюдениях они отмечены после резекции желудка у 2 (18,2%) больных. Вздутие живота и тахикардия зарегистрированы у всех обследованных.

Субфебрильная температура тела была у 3 (27,2%) больных, 38,0°C и выше – у одного (9,1%) больного. Повышение уровня амилазы крови выявлено у 6 (54,5%) больных.

Существенную роль в ранней диагностике послеоперационного панкреатита играет ультразвуковое исследование (УЗИ) с оценкой состояния поджелудочной железы и сосудистых структур, которые, как показали наши исследования, являются индикаторными для определения степени распространенности воспалительного процесса на различные отделы поджелудочной железы и забрюшинное пространство. Так, на основании данных УЗИ установлено уменьшение диаметра гастродуоденальной артерии у трех (27,2%) и отсутствие ее визуализации у одного (9,1%) больного. Сужение селезеночной артерии и увеличение диаметра селезеночной вены выявлено у 4 (36,6%) больных.

Консервативное лечение, включающее ингибиторы протеаз, антибиотики, проведено двум больным с послеоперационным панкреатитом.

Известно, что основной причиной ОПП после резекции желудка является деформация БДС или дополнительного протока поджелудочной железы в процессе выделения или закрытия культи ДПК. Применяемая наиболее часто методика закрытия культи ДПК с погружением сформированного капюшона в кисетный шов в случаях малого расстояния до БДС или близкого расположения санториниевого протока приводит к возникновению внут-

рипанкреатической гипертензии как основному фактору развития ОПП.

Проведенный анализ показал, что операции по поводу пенетрирующей дуоденальной язвы сопряжены с высоким риском возникновения ОПП. При резекции желудка по Бильрот-II в процессе закрытия культи ДПК следует оценивать расстояние до большого и малого дуоденального сосочка. При близком его расположении необходимо, после выделения стенки кишки из рубцовых тканей и наложения первого ряда швов, избегать низкого наложения кисетного шва, деформирующего кишечную стенку вблизи протоковых структур. В ряде случаев у большинства больных встречается не механическая обструкция, а спазм БДС, который может быть связан с отеком ПЖ вследствие травмы тканей. Устранение спазма БДС является эффективным профилактическим мероприятием, направленным на ликвидацию панкреатической гипертензии.

Литература

1. *Виноградов В.В., Занос А.М.* Послеоперационный панкреатит // Хирургия. – 1983. – №10. – С. 89–90.
2. *Киселев А.И.* Послеоперационный панкреатит: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1980.
3. *Peterson L.M., Broks S.R.* Lethal pancreatitis. Diagnostic dilemma // *Am J. Surg* 1979. – V. 137. – №4. – P. 491–496.
4. *Уткин В.В., Брейки Я.Я.* Диагностика и лечение послеоперационного панкреатита // Хирургия. – 1980. – Т. 6. – С. 47–51.
5. *Vacchini J., Martino C., Falaschi C.F. et al.* Pancreatite acuta postoperatorie nostra esperienza diretta. – *Minerva Chir*, 1980. – V. 35. – №6. – P. 420–427.
6. *Hardy J.D.* Compaction in sugeri and their management. – New York, 1981. – P. 465.
7. *Данцелян Г.А., Мамиконян Н.А.* Осложнения дуоденальной язвы // Журн. эксперим. и клин. мед. – 1983. – №5. – С. 451–456.