

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ ПАНКРЕАТИТОВ В СВЯЗИ С РЕЗЕКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА

И.А.НИТУЛОВ (Витебск)

Острый панкреатит, возникающий в связи с резекцией желудка, нередко является причиной смерти больных в результате развития панкреонекроза и перитонита.

Послеоперационный панкреатит не вскрыли 74 умерших после резекции по поводу язвенной болезни или отмечен в 14 случаях (18,9%), на 123 летальных исхода после резекции желудка по поводу рака в 4 случаях (3,2%).

На 1016 резекции желудка острый послеоперационный панкреатит отмечен у 28 больных (2,75%), в том числе на 443 резекции по поводу язвы желудка и 12 перстной кишки у 20 больных (4,50%), на 573 резекции по поводу рака желудка у 6 больных (1,39%).

На аутопсии и при рентгенологических установили, что у всех больных во время резекции желудка мисал често тревия поджа-

желудочной железой, степень которых были различной: у 2 больных производилась комбинированная резекция желудка и поджелудочной железы, у 6 - нарушение целостности тканей в области головки поджелудочной железы при мобилизации 12 перстной кишки, у 5 отмечено наложение швов на куполу поджелудочной железы в области ее головки, часть которых проникла через желчную стенку, у 1 отмечено перетяжки поджелудочно-двенадцатерстной артерии и ее тромбоз. Следовательно, причиной панкреатита в связи с резекцией желудка чаще всего является нарушение целостности тканей поджелудочной железы при ее резекции, при иссечении дна пенетрирующей язвы или мышечных узлов, при проникании лигатуры, при проколах иглой, разминании тканей железы, а также комбинация этих причин.

Умерли 16 больных, из которых - 12. В первые сутки после операции панкреатит развился у 4 больных, из 2 - у 6, из 8 - у 2, из 4 - у 2, из 5 - у 2, после 5 суток - у 1 больного.

Диагностика послеоперационного панкреатита сложна и трудна; часто тяжесть состояния больных объясняют перенесенной операцией или основным заболеванием со стороны органов дыхания или сердечно-сосудистой системы.

По нашим данным, при начавшемся панкреатите больных беспокоит боль в подложечной области, иногда они отдыхают в спине или подреберье. Однако у 5 больных были затуманенные зрачки, жаркотиями и седативными препаратами. Явления кишечной непроходимости наблюдалось у всех больных; у 8 они сопровождались чувством полноты в эпигастриальной области, у 7 - рвотой, у 7 - длительным вздутием кишечника, у 6 больных через введенный в желудок зонд выделялось большое количество асцитического содержимого. Симптомы раздражения брюшины отмечены у 10 больных, лейкоцитов свыше 10000 и 1 мм^3 со сдвигом лейкоцитарной формулы явлено у 9, увеличение содержания билирубина в крови у 4, сахара у 2; изменения в анализах мочи отмечены у 8 больных. Температура тела у 9 больных была выше 36°C , у 8 - субфебрильная.

Диастаз в моче 256 единиц была у 1 больного, 512 - у

8, 1024 - у 1, 2048 - у 5, свыше 40% - у 2 больных.

Динамическое внимательное наблюдение за больными в послеоперационном периоде, ежедневное исследование двенадцатиперстной кишки и триггерирующей поджелудочной железы во время резекции желудка позволило нам в 1969-1972 гг. своевременно диагностировать и провести комплексное лечение с выздоровлением 12 больных. При отсутствии эффекта от консервативных мероприятий 2 больных произведена резектомия с дренированием брюшной полости.

На основании изучения своего материала мы считаем, что послеоперационные панкреатиты чаще встречаются после резекции желудка по поводу язв (особенно дуоденальных локализаций); с целью ранней диагностики их больным после резекции желудка необходимо ежедневно исследовать мочу на диастазу. С целью профилактики послеоперационных панкреатитов следует избегать набегать триггерирующей поджелудочной железы во время резекции желудка, не исследовать дно язвы, перфорировавшей в поджелудочную железу, не накладывать глубокие, обильные швы на ткань поджелудочной железы, не разминать тисцами железы и т.д. Поэтому средством профилактики послеоперационных панкреатитов является высокая, чадящая техника хирурга, хорошее знание анатомии и ясное представление об особенностях наружной анатомической целостности тканей поджелудочной железы или попытки ее осудов и борьбы с дуоденостазом.

В тех же случаях, когда в ходе резекции желудка возникают конфликтные ситуации с поджелудочной железой, необходимо с первого дня проводить профилактику панкреатита, включая антиферменты, а при осложнениях и оперативное вмешательство.