

КОМПРЕССИОННЫЙ СТЕНОЗ ЧРЕВНОГО СТВОЛА: ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

© *Михеев И.Н.*

**Кафедра общей патологии медицинского института
Орловского государственного университета, Орел**

Обследовано 276 больных с компрессионным стенозом чревного ствола (ЧС), из которых 261 был подвергнут хирургической декомпрессии ЧС. Основной причиной компрессии ЧС явилось его сдавление срединной дугообразной связкой, медиальными ножками диафрагмы и нейроганглионарной тканью чревного сплетения. После хирургического вмешательства хорошие ближайшие и отдаленные результаты отмечены у 66,3% больных, значительное улучшение наблюдалось у 19,7%, незначительное улучшение – у 5,4%. На результативность хирургического лечения большое влияние оказывает сопутствующая патология органов верхнего этажа брюшной полости, а также наличие психических нарушений, который отмечались у 63,5% больных с незначительным улучшением или без такового.

Ключевые слова: компрессионный стеноз чревного ствола, результаты хирургического лечения.

COMPRESSIVE STENOSIS OF THE CELIAC TRUNK: CAUSES, CLINICAL PICTURE, SURGICAL TREATMENT RESULTS, PRACTICAL RECOMENDATIONS

Mikheev I.N.

General Pathology Department of the Medical Institute of the Oryol State University, Oryol

276 patients with the compressive stenosis of the celiac trunk (CSCT) were examined, 261 of whom were undergone surgical decompression of CT. The compression of CT proved to result from being compressed by median arcuate ligament, medial diaphragm crura and neuroganglial tissue of celiac plexus. The positive immediate and follows-up were noticed in 66.3% patients, having been operated on, 19.7% patients had the significant improvement, and 5.4% patients had insignificant improvement. The surgical treatment results were greatly affected by the associated pathology of upper abdomen, as well as psychic disorders, which were noticed in 63.5% of patients with or without insignificant improvement.

Key words: compressive stenosis of the celiac trunk, surgical treatment results.

Компрессионный стеноз чревного ствола (КСЧС), вызванный сдавлением последнего средней дугообразной связкой диафрагмы, её внутренними ножками и нейрофиброзной тканью чревного сплетения, является давно известным анатомо-рентгенологическим феноменом [1, 3]. Эта патология относится к одному из вариантов ишемической болезни органов пищеварения (ИБОП).

Недостаточное число клинических наблюдений, в течении длительных сроков после операции, не позволяет сделать достоверные выводы об эффективности хирургической декомпрессии чревного ствола. Требуют дальнейшего анализа методы лечения больных КСЧС, сочетающимся с другими заболеваниями, в том числе заболеваниями, возникшими после операции декомпрессии, что

затрудняет разработку научно обоснованной тактики ведения больных КСЧС [2, 5-7].

КСЧС связывают с особенностями строения и развития аортального отверстия диафрагмы, при этом наиболее вероятной причиной КСЧС может быть сдавление чревного ствола и верхней брыжеечной артерии срединной дугообразной связкой, а также медиальными ножками диафрагмы. Иногда в сдавлении сосудов могут принимать участие нейрофиброзные и ганглионарные ткани чревного сплетения.

Основным признаком КСЧС является боль в животе у 100% больных, ощущаемая в надчревной, околопупочной областях, под мечевидным отростком или нескольких областях одновременно. Наиболее часто возникновение или усиление боли связано с приемом пищи спустя 15-20 мин, которая

обычно стихает спустя 1-2 часа. Эквивалентом болевых ощущений считаются чувство тяжести и распирающего в надчревной области у 96% больных, а также отрыжка, изжога, тошнота, рвота, дисфункция кишечника. Важным объективным симптомом ИБОП, обусловленной КСЧС, является болезненность при пальпации живота и систолический шум в эпигастриальной области.

Именно систолический шум в эпигастриальной области с перечисленной выше симптоматикой служит окончательным показателем к инструментальному исследованию, при этом единственным достоверным способом диагностики ИБОП, обусловленной КСЧС, является ангиографическое исследование.

Цель исследования заключалась в оценке отдаленных результатов хирургического лечения КСЧС и выработке практических рекомендаций по наиболее эффективному ведению таких больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С этой целью были обследованы 276 больных КСЧС, из которых 261 был оперирован. Отдаленные результаты хирургического лечения были прослежены у 243 (93,1%) в сроки от 1 до 21 года; у 15 больных КСЧС, отказавшихся от операции, прослежен катамнез.

Оценка результатов хирургической декомпрессии чревного ствола проводилась по совокупности данных клинического, лабораторного, рентгенологического, эхографического, эндоскопического, ангиографического исследований и последующей трудовой реабилитации. Данные такой оценки сопоставлялись с результатами дооперационного изучения больных, и на основании этого делался вывод об эффективности хирургического лечения.

Изучение отдаленных результатов производилось по специально разработанной для этой цели программе. При этом учитывались пол, возраст, объем оперативного вмешательства и срок, прошедший после него, данные индивидуального анамнеза, особенности клинической картины до операции, проходимость чревного ствола, нервно-психический статус, характер сопутствующих заболева-

ний, данные гистологического исследования биоптатов нейроганглиарной ткани чревного сплетения.

По данным пред- и интраоперационного обследования у 116 больных ($47,7 \pm 3,2\%$) из 243 были обнаружены различные заболевания органов верхнего этажа брюшной полости: язвенные и рубцовые поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у 65 больных ($26,7 \pm 3,7\%$), хронический панкреатит у 15 ($6,1 \pm 1,5\%$), недостаточность нижнего пищеводного сфинктера у 39 больных ($16,0 \pm 2,3\%$) и хронический калькулезный холецистит у 34 больных ($13,9 \pm 2,2\%$).

У 47 больных ($63,5 \pm 4,9\%$) из 74 обследованных были найдены те или иные отклонения со стороны психики (астено-депрессивный, астенический, ипохондрический, тревожно-депрессивный синдромы, эпилепсия), а у 60 из 92 больных ($65,2 \pm 4,9\%$), которым было проведено рентгенологическое исследование позвоночника, обнаружен остеохондроз на различных уровнях с явлениями радикулита.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 234 больных из 243 ($96,3\%$) диагноз КСЧС был установлен на основании ангиографической картины; у 8 ($3,3 \pm 1,1\%$) диагноз был установлен по клиническим данным и подтвержден во время операции, у 1 больного диагноз был поставлен только по результатам ультразвукового сканирования.

У всех 243 больных была выполнена операция декомпрессии чревного ствола из среднего лапаротомного доступа. Она заключалась в полном освобождении этого сосуда, а иногда и его ветвей от сдавления путем рассечения, а в ряде случаев иссечения сдавливающих её тканей: срединной дугообразной связки диафрагмы, внутренних её ножек и нейрофиброзной ткани чревного сплетения. По данным интраоперационной ревизии было установлено, что срединная дугообразная связка диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения являлась основной причиной компрессионного стеноза чревного ствола.

В зависимости от эффектов проведенного оперативного вмешательства обследованные

больные были распределены на 4 группы: 1 группа - больные с выздоровлением (полное исчезновение всех симптомов заболевания, восстановление массы тела и трудоспособности); 2 группа - больные со значительным улучшением (исчезли боли в животе, периодически отмечаются диспептические расстройства, восстановилась трудоспособность, больные считали себя здоровыми); 3 группа - больные с незначительным улучшением (уменьшение выраженности клинических симптомов, умеренные боли в животе, отсутствие положительной динамики массы тела); 4 группа - больные без перемен (состояние после операции без существенных изменений или наступил рецидив абдоминальных симптомов).

У 44 больных (18,1%) были выполнены 48 симультантных операций на чревном стволе и органах брюшной полости по соответствующим показаниям: резекция желудка - 6, холецистэктомия - 13, аппендэктомия - 8, резекция хвоста поджелудочной железы - 1 и другие.

К концу первого года после операции у 191 больного констатировано выздоровление, у 29 - значительное улучшение, у 12 - незначительное улучшение и у 11 состояние осталось без изменений. Через 3 года после операции у 175 больных из 243 констатировано выздоровление, у 32 значительное улучшение и у 19 состояние осталось без изменений. Через 15-21 год из 66 обследованных больных выявлено выздоровление у 45, 8 чувствовали значительное улучшение и столько же ощущали незначительное улучшение, состояние без изменений оставалось у 5 больных. Судьба 4 больных из 243 оказалась неизвестной, 1 человек умер от причин, не связанных с операцией.

По данным опроса 233 больных из 243 (95,9%) об их личном мнении о результатах оперативного лечения было установлено, что 168 больных ($72,1 \pm 2,9\%$) считают себя полностью излеченными, 37 ($8,2 \pm 2,4\%$) ощущают значительное улучшение, 19 ($8,2 \pm 1,8\%$) - некоторое улучшение. Не отметили никакого улучшения всего 9 ($3,8 \pm 1,4\%$) больных.

Состояние чревного ствола в различные сроки наблюдения от 3 месяцев до 21 года было изучено у 169 больных (70,0%), при этом по данным контрольных ангиографий у

87 (35,8%) и ультразвукового сканирования у 82 (34,2%). Полное восстановление проходимости чревного ствола было констатировано у 164 ($97,0 \pm 1,3\%$) больных из 169. У одного больного ($0,6 \pm 0,6\%$) через 2 года после операции обнаружено сужение устья чревного ствола атеросклеротической природы.

В целом на момент контрольного обследования из 243 оперированных и прослеженных больных выздоровление было констатировано у 161 ($66,3 \pm 3,0\%$), значительное улучшение состояния у 48 ($19,7 \pm 2,6\%$), незначительное улучшение у 13 ($5,4 \pm 1,4\%$) и состояние оставалось без существенных изменений с дооперационным у 21 больного ($8,6 \pm 1,8\%$).

Заслуживают особого рассмотрения 34 больных (14%) из 243, у которых наблюдалось незначительное улучшение или отсутствовал эффект операции. Только у 3 из 34 больных стеноз устья чревного ствола и его гипоплазия могли быть причиной неудовлетворительного результата. У остальных больных неудовлетворительный результат был связан с сопутствующими или присоединившимися заболеваниями. По-видимому, показания к операции декомпрессии чревного ствола у ряда больных были недостаточно обоснованы, так как ведущими у них оказались другие патологические процессы.

Нами прослежена судьба 15 неоперированных больных, в среднем возрасте 49,8 года. У 11 из них сохранились выраженные клинические симптомы КСЧС в течении 6-20 лет после его распознавания. У четырех больных наблюдались некоторые улучшения состояния, что было связано с постоянным проведением консервативной терапии (соблюдением диеты и трудового режима).

При сравнении больных с КСЧС без психических нарушений и в сочетании с таковыми было установлено, что отдаленные результаты значительно лучше у больных первой подгруппы (81,5% хороших отдаленных результатов против 36,2% соответственно). Это указывает на то, что при подходе к лечению КСЧС и прогнозе его развития необходимо учитывать нервно-психические особенности больного, а также заболевания органов верхнего отдела брюшной полости, которые могут быть причиной болевого абдоминального синдрома. Это диктует необходимость

привлечения к диагностическому процессу при КСЧС невропатолога и психиатра с целью определения наиболее эффективной терапевтической тактики.

Таким образом, прямыми показаниями к оперативному лечению больных помимо клинических симптомов являются отчетливая ангиографическая и/или ультразвуковая картина КСЧС. В случае обнаружения КСЧС в сочетании с нервно-психическими отклонениями или заболеваниями органов верхнего отдела брюшной полости, когда причинно-следственные связи установить затруднительно, требуется проведение консервативного лечения сопутствующих заболеваний. При неэффективности консервативной терапии показано оперативное лечение с симультанным вмешательством на чревном стволе и пораженных внутренних органах.

По данным ретроспективного изучения, отличные результаты оперативного лечения КСЧС наблюдаются у 2/3 больных, хорошие (значительное улучшение) еще у 1/5. Результат операции был неудовлетворительным приблизительно у каждого седьмого больного. Эти результаты оставались стабильными в течение длительного периода наблюдения.

Причинами неудовлетворительных результатов являются: недостаточно обоснованные показания к операции, нервно-психические нарушения различного генеза, воспалительно-склеротические изменения нейро-ганглионарной ткани чревного сплетения, рестеноз или остаточный стеноз чревного ствола, сопутствующие или присоединившиеся впоследствии заболевания органов пищеварения. Своевременная диагностика и

раннее лечение КСЧС способствует значительному улучшению отдаленных результатов.

Больные, перенесшие операцию, подлежат диспансерному наблюдению. В случае неудовлетворительного результата или ухудшения состояния требуется всестороннее обследование больного с целью определения дальнейшей тактики.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Князев М.Д., Кроторский Г.С. Хирургическое лечение хронической ишемии органов пищеварения. В кн.: Материалы объезд. науч. сессии, посвящ. 100 летию со дня рожд. П.А. Герцена. - М., 1971. - С. 94-98.
2. Князев М.Д., Игнашов А.М. Диагностика и лечение "брюшной ангины" // Хирургия. - 1979. - № 5. - С. 14-19.
3. Поташов Л.В., Князев Н.Д., Игнашов А.Н. Ишемическая болезнь органов пищеварения. - Л.: Медицина, 1985. - 216 с., ил.
4. Поташов Л.В., Игнашов А.М., Морозов В.П., Цюра В.И. Экстравазальный стеноз чревной артерии и язвенная болезнь // Вестн. хир. - 1978. - № 8. - С. 145.
5. Поташов Л.В., Седов В.М., Луцицкий А.М. и др. Состояние висцерального кровоснабжения при экспериментальном стенозе чревного ствола // Вестн. хир. - 1981. - № 11. - С. 21-24.
6. Plate G., Erklof B., Vany S. The celiac compression syndrome or reality? // Acta Chir Scand. - 1991. - V. 147, № 3. - P. 201-205.
7. Wiedemann H., Beger H.C., Buchert F.S. Oberbauchorgannekrosen bei, coeliaca kompression // Akt Chir. - 1980. - Bd. 15, № 1. - S. 27-34.