

Пиникер Л.А., Никитин Н.А., Садыкова М.А.,
Головизнин А.А.

**ПРИМЕНЕНИЕ САНДОСТАТИНА ДЛЯ
ПРОФИЛАКТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ШВОВ ДУОДЕНАЛЬНОЙ КУЛЬТЫ И
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА
В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАННОЙ
С ХРОНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ**

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров,
Коми филиал академии, г. Сыктывкар*

Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в последние годы все больше становится хирургией острых осложнений (перфорация, кровотечение). Подобная ситуация закономерно ведет к увеличению процента больных с сочетанными осложнениями и, как следствие, трудными язвами как желудка, так и ДПК. В арсенале хирургических методов лечения этой категории больных резекция желудка по Бильрот-II остается одной из наиболее широко применяемых операций. Однако количество ранних осложнений и послеоперационная летальность после этой операции продолжают оставаться недопустимо высокими.

Наиболее грозными ранними осложнениями резекции желудка по Бильрот-II являются недостаточность швов дуоденальной культи и послеоперационный панкреатит. Ведущей причиной развития этих осложнений, по мнению большинства авторов, выступает внутридуоденальная гипертензия, неред-

ко имеющаяся у больного еще до операции и обусловленная хроническими нарушениями дуоденальной проходимости (ХНДП), частота встречаемости которых при язвенной болезни, по данным разных авторов, варьирует от 10% до 98%. В этой связи интраоперационные и послеоперационные мероприятия, направленные на снижение внутридуоденального давления, выступают в качестве мер профилактики указанных осложнений.

К интраоперационным мерам в первую очередь следует отнести выполнение корригирующих операций при выявлении ХНДП. В послеоперационном периоде целесообразно назначение препаратов, напрямую или опосредованно снижающих внутридуоденальное давление. Одним из таких препаратов в последние годы является широко применяемый для лечения острого панкреатита сандостатин или его синтетический аналог – октреотид. Снижая секреторную функцию поджелудочной железы, он уменьшает объем поступающей в ДПК жидкости и, следовательно, снижает внутридуоденальное давление.

Цель исследования: Изучить течение послеоперационного периода у больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, протекающей на фоне ХНДП, при включении сандостатина (октреотида) в комплексную профилактику недостаточности швов дуоденальной культи и послеоперационного панкреатита.

Материал и методы. В основу работы положен анализ непосредственных результатов хирургического лечения 165 больных, которым в период с 2001 по 2005г.г. были выполнены резекции желудка по Бильрот-II по поводу острых осложнений (кровотечение, перфорация) язвенной болезни, протекающей на фоне ХНДП. Диагностику ХНДП проводили с использованием алгоритма диагностики и шкалы балльной оценки признаков ХНДП, предложенных Н.А. Никитиным. От общего числа больных с острыми осложнениями язвенной болезни, оперированных в эти годы (207 больных), пациенты с ХНДП составили 79,5%. Всем больным резекция желудка была дополнена рассечением связки Трейтца.

Основную группу составили 76 пациентов, которым комплексная профилактика недостаточности швов дуоденальной культи и послеоперационного панкреатита проводилась с применением сандостатина (октреотида).

Группу сравнения составили 89 пациентов, у которых сандостатин (октреотид) с указанной целью не применялся.

Кровотечение в качестве ургентного осложнения отмечено у 58 (76,3%) больных основной и 66 (74,2%) – группы сравнения, перфорация – у 18 (23,7%) и 23 (25,8%) больных соответственно. В основной группе желудочная локализация язвенного процесса была у 21 (27,6%) больного, дуоденальная – у 46 (60,5%), двойная локализация – у 6 (7,9%), пептические язвы гастроэнтеро- или гастродуоденоанастомоза – у 3 (3,9%). В группе сравнения больных с язвенной болезнью желудка было 25 (28,1%), двенадцатиперстной кишки – 56 (62,9%), двойной локализацией язв – 6 (6,7%), с пептическими язвами анастомозов – 2 (2,2%). Сочетанные с основным, другие осложнения язвенной болезни в основной группе наблюдались у 51 (67,1%) больного, в группе сравнения – у 55 (61,8%).

Сандостатин (октреотид) больным основной группы применялся в дозе 100 мкг внутривенно во время премедикации и по 100-200 мкг внутривенно или подкожно через каждые 8 часов в послеоперационном периоде в течение 4-5 дней.

Больным обеих групп во время операции ставили назодуоденальный зонд для измерения внутридуоденального давления. Измерение давления осуществляли с помощью использовали манометра, градуированного в мм водного столба. Первое измерение давления проводили тотчас после лапаротомии, второе – по завершении резекции желудка, третье – через 1 час после операции, все последующие – два раза в день (утром и вечером) в течение 4-5 дней.

Результаты. Интраоперационное измерение внутридуоденального давления у больных группы сравнения позволило подтвердить возможность диагностики ХНДП на основе алгоритма диагностики и шкалы балльной оценки отдельных признаков. При этом выявлена отчетливая корреляция между выраженностью признаков ХНДП и показателями давления. У 62 (69,7%) больных давление составило 150-300 мм водн. ст., у 5 (5,6%) оно превышало 300 мм водн. ст. В основной группе введение сандостатина (октреотида) во время премедикации не позволило проводить указанные параллели.

В послеоперационном периоде у больных основной группы внутридуоденальное давление выше 150 мм водн. ст. отмечено в первые 3-е суток у 2 (2,6%) больных, в 4-е – у 4 (5,3%), в 5-е – у 8 (10,5%).

В то же время в группе сравнения внутридуоденальное давление выше 150 мм водн. ст. в 1-е сутки отмечено у 57 (64%) больных, во 2-е – у 53 (59,5%), в 3-и – у 54 (60,6%), в 4-е – у 47 (52,8%), в 5-е – у 48 (53,9%).

В раннем послеоперационном периоде у 19 (11,5%) из 165 больных развились различные послеоперационные осложнения. Из них несостоятельность культи ДПК наблюдалась только в группе сравнения в 4 (4,5%) случаях, послеоперационный панкреатит в основной группе – в 1 (1,3%) случае, в группе сравнения – в 5 (5,6%).

Летальных исходов в основной группе не было, в группе сравнения она составила 3,4% (3 случая), из них в 2-х случаях причиной летальных исходов явилась несостоятельность культи ДПК, в 1 случае – послеоперационный панкреатит.

Заключение. Таким образом, применение сандостатина в комплексной профилактике недостаточности швов дуоденальной культи и послеоперационного панкреатита у больных после резекции желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, протекающей на фоне ХНДП, является эффективным мероприятием и достоверно снижает число этих осложнений.