

УДК 616.39-028.41:615-098

Наиболее частые осложнения послеоперационного периода у больных язвенной болезнью после ваготомий и их терапия

Ю.В. Артемов, А.С. Филатов

Кафедра хирургии №2, зав. кафедрой доц. Ф.Н Ильченко

Ключевые слова: стволовая ваготомия, селективная проксимальная ваготомия, пневмония, дисфагия, каскадный желудок

Актуальность темы определяется широкой распространенностью язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у нас в стране и в других странах мира [2, 3, 4, 5], а также недостаточной эффективностью консервативной терапии и оперативных методов лечения данной патологии [6, 7, 8]. Стремление улучшить функциональные и морфологические результаты оперативного лечения язвенной болезни путем выработки оптимальных показаний к хирургическому вмешательству, совершенствование существующих и внедрение новых оперативных пособий нашло свое отражение в решениях многих хирургических конгрессов, съездов и конференций различного уровня. Тем не менее, проблема хирургического лечения язвенной болезни до настоящего времени еще полностью не решена.

При анализе всех других осложнений или расстройств, возникших у больных в ранние сроки после вмешательства, выявляется их определенная (порой значительная) патогенетически обусловленная взаимосвязь с определенным видом операции.

Сравнительные данные свидетельствуют, что после стволовой двухсторонней ваготомии, независимо от вида дренирующей желудка операции, одинаково часто развивалась пневмония (10,1 и 10,3%). В то же время эти показатели после резекции же-

лудка в изолированном виде по Бильрот- I (Б-I) и Б-II составляли, соответственно, 3,2% и 5,5%; после СПВ в изолированном виде - 4,2%, после СПВ+ Пилоропластика (ПП) - 5,3%, а при СПВ+ Дуоденопластика (ДП) - 5,7 т.е. %, после стволовой ваготомии (СТВ) частота возникновения послеоперационной пневмонии была в 2 раза выше, чем после других видов операции. Склонность к развитию пневмоний именно после стволовой ваготомии, особенно поддиафрагмальной, отмечалась и ранее нашим сотрудником [1].

Специальные исследования другого сотрудника по данному вопросу показали, что стволовая ваготомия сопровождается угнетением продукции сурфактанта в альвеолах легких, что увеличивает тенденцию к ателектазированию, уменьшает дыхательную активную поверхность легких, ухудшает дренажную функцию бронхиального дерева. Учитывая повышенную склонность к развитию пневмонии после стволовой ваготомии, все больные после операции нуждаются в проведении самой активной противопневмонической профилактической и лечебной терапии. Непременным условием эффективности проводимых мероприятий является своевременность и пунктуальность их выполнения. Весь комплекс профилактических пособий должен проводиться с первого часа послеоперационного периода.

Наиболее важным в предупрежде-

нии пневмонии является устранение гиповентиляции легких посредством дыхательной гимнастики в любых её видах, активное поведение больных в постели, возвышенное положение грудной клетки, ингаляционная терапия, направленная на сохранение проходимости и дренажной функции трахеобронхиального дерева, а также мероприятия, нормализующие легочную гемодинамику. Строгое выполнение названных мероприятий является обязательным для всех больных в послеоперационном периоде особенно для лиц пожилого возраста, при избыточном весе или скомпromетированной легочно-сердечной деятельности и др.

Среди других клинических проявлений в раннем послеоперационном периоде была дисфагия и её частота во многом зависела от вида оперативного вмешательства. Данные явления наблюдались после всех трех видов СПВ (19,8,-18,4,-21,1%). После стволовой ваготомии с резекцией желудка дисфагия возникла значительно реже: соответственно, в 5,1 и 8,6% случаев, а после резекций желудка в изолированном виде еще реже - в 3,2 и 3,6%.

Дисфагия после ваготомии наблюдается у 5-15% оперированных больных, а рентгенологические исследования в ранние сроки после СПВ выявили данные нарушения еще чаще. Наиболее частой причиной её возникновения считается избыточная

денервация дистального отдела пищевода при ваготомии, хотя её развитие может быть обусловлено и перизофагитом, послеоперационным эзофагитом, особенно в результате гастро-пищеводного рефлюкса, техническими ошибками при операции по Ниссену (сдавление пищевода «манжеткой»).

В наших наблюдениях у больных после операции появлялось чувство затрудненного прохождения относительно плотной пищи, что требовало дополнительного приема жидкостей. Выраженный болевой синдром при этом отсутствовал, а зондирование желудка осуществлялось совершенно свободно, что указывает на отсутствие механического компонента данной дисфагии. Во всех наших наблюдениях дисфагия носила транзиторный характер и после назначения спазмолитиков обычно через 4-6 дней купировалась, что подтверждает её функциональное происхождение.

Для устранения спазма терминального отдела пищевода использовали метацин п/к, но-шпу, 0,5% раствор новокаина по I ст. ложке внутрь. Лишь в одном наблюдении имело место более длительное течение дисфагии, а именно в случае интраоперационного ранения и ушивания стенки пищевода, мы не исключаем и данный фактор в генезе дисфагии, хотя последняя также носила временный характер.

Более низкий процент возникновения дисфагии после стволовой ваготомии можно объяснить меньшей травматизацией и денервацией дистального отдела пищевода, чем при СПВ. Тем не менее, после стволовой ваготомии и после СТВ+РЖ эти расстройства также наблюдались довольно часто: в 5,1 и 8,6% случаев. Для сравнения: после обычной резекции желудка по Бильрот- I (Б-I) и Б-II дисфагия наблюдалась еще реже (соответственно в 3,2 и 3,6% случаев).

На основании приведенных данных, мы считаем, что значительная частота возникновения дисфагии после операций СПВ обусловлена травматизацией и денервацией (очевидно, нередко избыточной) дистального отдела пищевода, но, как показывает практика, такого происхождения дисфагия носит проходящий характер и достаточно быстро купируется консервативными мероприятиями. Тем не менее, при выполнении данной операции манипуляции на пищеводе должны быть максимально щадя-

щими в отношении избыточной травматизации тканей и денервации дистального отдела пищевода.

К другим послеоперационным расстройствам эвакуаторной функции желудка, наиболее присущими СПВ, являлась деформация желудка по типу "каскада". Указанная деформация желудка при рентгенологических исследованиях в ранние сроки после операции выявлена в 10,4% случаев СПВ в изолированном виде, в 10,5% - после СПВ+ПП и в 11,5% - после СПВ+ДП. Аналогичные изменения со стороны желудка возникли в 5,2% случаев после стволовой ваготомии с пилоропластикой.

По данным литературы, причиной нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка после СПВ в 30,2% случаев являлась деформация желудка по типу каскада. Считается, что её возникновение уже в ранние сроки после вмешательства обусловлено денервацией желудка и ослаблением его связочного аппарата по малой кривизне с пролабированием и "провисанием" верхнего отдела желудка под действием силы тяжести. Некоторые авторы сообщают, что восстановление тонуса стенки желудка приводит к ликвидации каскада, однако, если учитывать, что одновременно в области малой кривизны развиваются спаечные и рубцовые процессы, то указанная деформация неизбежно принимает стойкий органический характер.

Причиной формирования каскадного желудка могут быть технические погрешности на заключительном этапе СПВ при выполнении фундопликации, а именно, неравномерный захват в швы передней или задней стенок желудка, асимметричное наложение швов, в результате чего сближается кардиальный отдел и тело желудка с образованием карманов в просвете его. Несомненно, что данная деформация также будет носить стойкий характер. Выраженность клинических проявлений каскадной деформации обычно является степенью этой деформации. В наших наблюдениях каскадная деформация не носила резко выраженного характера и грубых анатомических изменений, например, по типу песочных часов или хронического заворота желудка мы не наблюдали. Клиническая симптоматика в начальном периоде характеризовалась ощущением переполнения, распираемостью желудка, иными болями в эпигастральной области, быстрой насыщаемостью

при питании, срыгиваниями, отрыжкой, приносящей облегчение. Диагноз каскадной деформации обычно устанавливался при полипозиционном, особенно в положении спине, рентгенологическом исследовании, позволяющем выявить не только изменения формы органа, но и явления перигастрита в виде деформации и нечетких контуров малой кривизны желудка.

В ранние сроки после операции клинические проявления каскадной деформации несомненно усилены параллельно имеющейся атонией желудка, по мере же восстановления тонуса и моторики, как показали наши наблюдения, симптоматика значительно стихала. Консервативная терапия заключалась в периодической декомпрессии желудка с помощью назогастрального зонда, дробного приема жидкостей и диетотерапии (стол №1), назначении обволакивающих средств (альмагель - по 1 дозированной ложке 4 раза в сутки) для уменьшения гастротических явлений внутри церукал (метоклопромид), гастронорм, мотилиум, сеансы индуктотермофореза с бензогексонием, оказывающие противовоспалительный, болеутоляющий и нормализующие моторно-эвакуаторную функцию желудка. Зондирование желудка прекращали при устранении застойных явлений в нем, обусловленных общей атонией желудка.

Обследование больных в отдаленные сроки после операции показали, что каскадная деформация желудка сохраняется очень длительное время (до 5 лет нашего наблюдения), но она не только не прогрессировала, но даже степень её несколько уменьшалась, а клиническая симптоматика была обычно слабо выраженной и не причиняла значительных беспокойств у пациентов.

Таким образом, больные в послеоперационном периоде нуждаются в тщательном уходе и наблюдении с целью профилактики грозных осложнений.

Литература

1. Абу Бакр Аль-Мехди. Влияние различных видов ваготомии при язвенной болезни на функционально-морфологическое состояние легких: (Клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. канд. мед. наук, г. Симферополь, 1989. - 25 с.
2. Диброва Ю.А. Оценка эффективности хирургического лечения язвенной болезни желудка / *Клиническая хирургия*. - 2006. - № 4-5. - С.11-12
3. Крылов Н.Н., Кузин Н.П. К методике оценки результатов операций на желудке / *Хирургия*. - 2000. - № 2. - С. 17-20
4. Кузин М.П. Актуальные вопросы хирургии язвен-

- ной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Шпитальна хірургія. - 2006. - № 1. - С. 103-106
 Хирургия. - 2001. - № 1. - С. 27-32.
5. Нецюк О.Г. Порівняльний аналіз віддалених ре- зультатів оперативного лікування хворих на виразко- зрення принципів доказательной медицины / Сучасна гастрентрологія. - 2002. - № 3. - С. 18-20
6. Передерий В.Г., Ткач С.М., Швеу О.В. Современ- ные представления о лечении язвенной болезни с точки зрения принципов доказательной медицины / Сучасна гастрентрологія. - 2002. - № 3. - С. 18-20
7. Передерий В.Г., Ткач С.М., Скопиченко С.В. Яз- венная болезнь. Прошлое. Настоящее. Будущее. - К.: Здоров'я, 2001. - 256 с.
8. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищева- рительного тракта. - Киев, Здоров'я, 1987. - 567 с.

Найчастіші ускладнення післяопераційного періоду у хворих на виразкову хворобу після ваготомії та їхня терапія

Ю.В. Артьомов, О.С. Філатов

При виборі оперативного втручання необхідно індивідуально обґрунтувати не тільки основні методи операції, але і додаткові коригуючі засоби, спрямовані на знищення визначених після операції патологічних змін верхнього відділу травного тракту та легенів.

Ключові слова: стволова ваготомія, селективна проксимальна ваготомія, пневмонія, дисфагія, каскадний шлунок.

The most common complications in post-operation period after vagotomy and their therapy

U.V. Artemov, A.S. Filatov

While choosing the operation method it is necessary to base personally not only basic operative techniques but also the additional correction aids made for removing the functional and morphological changes of the upper part of the digestive system and lungs after the operation.

Key words: selective vagotomy, pneumonia, dysphagia, stage stomach.