

динамики с повышением АД сист. и АД диаст., а также с разнонаправленным характером ЧСС. Между показателями фибрина, фибриногена, протромбинового индекса и шкалами 2 (D), 7 (Pt), 8 (Sc), 0 (Si), 6 (Pa) теста ММРІ существует корреляция, которая в условиях операционного стресса ослабевает. Больные с напряжением психологической адаптации и дезадаптацией являются группой риска по нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы и развитию осложнений послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М., 2002.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л., 1988.
3. Магдеев Р.М., Киричук В.Ф., Кодочигова А.И.// Профил. забол. и укрепл. здор. – 2004. – № 6. – С. 44–46.
4. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Пос-

леоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М., 1990.

5. Позосова Г.В. // Кардиология – 2004. – № 1. – С. 88–92.

6. Тутова М.И. // Клинич. лабор. диагн. – 1998. – № 3. – С. 9–13.

7. Artinian N.T., Duggan C.H. // Heart-Lung. – 1995. – Vol. 24(6). – P. 483–494.

Поступила 12.05.06.

DYNAMICS OF CARDIOVASCULAR INDEXES AND SECONDARY HEMOSTASIS IN WOMEN WITH DISTURBANCES OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AFTER CHOLECYSTECTOMY

A.V. Fomin, A.N. Kosinac, O.P. Dorogkina

Summary

The dynamics of cardiovascular and secondary haemostasis indices were studied in 150 women with disturbances of psychological adaptation after cholecystectomy during the period of hospital stay. Positive correlation between psychological peculiarities of the patients and indices of secondary haemostasis was revealed. It was shown that imbalance of psychological adaptation results in disturbances of cardio-vascular system and serves as one of the causes of complications after cholecystectomy.

УДК 34 – 002. 45 : [616. 33/. 34] – 07 – 089. 8

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ВАГОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

О.А. Краснов

Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского
(главрач – канд. мед. наук М.И. Ликстанов), г. Кемерovo

Ваготомия, опыт применения которой превышает 25 лет, стала обоснованной радикальной операцией при язвах пилородуоденальной зоны, и многие авторы считают ее операцией выбора [1]. Ваготомия с дренирующей операцией или без нее, безусловно, обладает существенными преимуществами, практически не дает тяжелых осложнений и летальных исходов. В то же время частота рецидивов язвы после нее остается относительно высокой и достигает, по данным большинства авторов, 10–15% и более [2]. Последнее обстоятельство определяет необходимость дальнейшего научного поиска аргументированных показаний к выполнению того или другого вида ваготомии и дренирующей операции в каждой конкретной ситуации, а в

некоторых случаях расширения показаний к выполнению резекции желудка.

Решение поставленных вопросов позволит улучшить результаты хирургического лечения больных с дуоденальными язвами.

Мы изучали функциональное состояние желудка и двенадцатиперстной кишки после выполнения различных способов ваготомии у больных с перфоративной дуоденальной язвой. Клиническим материалом исследования являлись результаты хирургического лечения 170 больных мужского пола с перфоративной дуоденальной язвой, оперированных с 1995 по 2003 г. Больные были разделены на две группы. И в 1-й (88 чел.) и во 2-й (82) группах выполнялись лапаротомия, ушивание пер-

форативной язвы и селективная проксимальная ваготомия, но если в 1-й группе последнюю операцию проводили методом скелетирования, то во 2-й – методом химической денервации желудка, техника которой описана ниже. Все операции осуществлялись под эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием. Верхнесрединную лапаротомию производили без обхода пупка слева. После вскрытия брюшной полости ее тщательно осушивали с помощью электроасpirатора и марлевых тампонов, определяли локализацию язвы, размер перфоративного отверстия и околоязвенного инфильтрата. При этом большое значение уделяли следующим данным: размеру язв и перфоративного отверстия, характеру язвенных краев, взаимоотношению язвы с окружающими тканями, проходимости пилородуоденального канала.

Обязательно проводили ревизию зоны привратника, нижележащих отделов двенадцатиперстной кишки и желудка с целью возможного выявления язв другой локализации, стенозирования выходного отдела желудка и постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки. Чаще всего размеры перфорации варьировали от 0,3 до 0,5 см (87,4%), но встречались до 0,2 см (9,2%) и более 0,6 см (3,4%). Перфоративное отверстие ушивали по методике "сближающего" шва" [3] – кетгутом через все слои до достижения полной герметичности.

В 1-й группе использовалась методика селективной проксимальной ваготомии (СПВ) по классической методике Holle-Hart [4]. Отступая выше ножки нерва Латарже производили мобилизацию сначала малой кривизны желудка по передней стенке, вскрыв желудочно-ободочную связку и проводя скелетизацию по задней стенке желудка, а затем абдоминальной части пищевода с пересечением "криминальных" ветвей вагуса. Операцию завершали перитонизацией малой кривизны желудка и фундопликацией по Ниссену.

Показаниями к ушиванию перфоративной язвы в сочетании с селективной проксимальной ваготомией методом химической денервации желудка (СПВХДЖ), произведенной во 2-й группе, были размеры перфоративного отверстия не более 0,8–1,2 см и отсутствие сужения выхода из желудка вследствие ушивания или малая вероятность его возникновения в дальнейшем в результате рубцевания язвы. Выра-

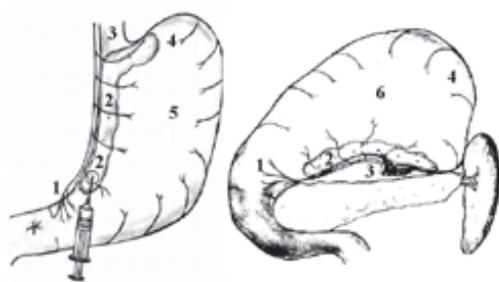


Схема субсерозного введения раствора этанола: 1 – ветвь Латарже; 2 – субсерозный инфильтрат; 3 – пищевод; 4 – дно желудка; 5 – передняя стенка желудка; 6 – задняя стенка желудка.

женность перитонита мы не считали противопоказанием к выполнению данной методики, хотя при использовании других видов ваготомии имеются противопоказания к их применению. После санации брюшной полости и восстановления герметичности двенадцатиперстной кишки мы приступали к проведению методики химической денервации.

Предложенная техника операции состоит в следующем. В бессосудистом месте рассекали желудочно-ободочную связку на протяжении 5–7 см, затем пересекали сращения между задней стенкой желудка и поджелудочной железой до пищевода, что облегчало проведение дальнейших манипуляций. В одноразовый шприц набирали 30% водный раствор этилового спирта аптечного приготовления с добавлением 0,2 мл метиленовой сини и начиная от угла желудка выше ножки нерва Латарже по передней стенке желудка несколькими вколами субсерозно вводили раствор вдоль малой кривизны желудка до пищевода и переходили на дно желудка. На одно введение расходовалось от 5 до 7 мл раствора (см. рис.). Добавление метиленовой сини позволяет контролировать распространение вводимого раствора, а субсерозное введение создает необходимый инфильтрат в виде валика, и нет опасений за глубину введения раствора в стенку желудка, что предотвращает специфические осложнения. После введения раствора по передней стенке желудка переходили на заднюю стенку и выполняли те же манипуляции. Общий расход вводимого раствора варьировал от 100 до 120 мл. Заканчивали операцию ушиванием желудочно-ободочной связки и послойным ушиванием брюшной стенки. Брюшную полость не дренировали.

Существенное значение при выполне-

нии операции придавалось порядку проведения этапов вмешательства. Все операции мы начинали с ушивания перфоративного отверстия и тщательной санации брюшной полости. Затем оценивали состояние пилородуоденальной зоны и решали вопрос о необходимости применения дренирующей операции. Если ушивание являлось окончательным этапом, то после него хирурги меняли перчатки, инвентарий, чистыми салфетками отграничивали операционное поле и только после этого проводили СПВ методом химической денервации. Такой порядок операции уменьшает опасность инфицирования брюшной полости и снижает риск развития послеоперационных раневых осложнений, связанных со вскрытием просвета желудка и двенадцатиперстной кишки. Время, затраченное на ушивание язвы в сочетании с СПВХДЖ, колебалось от 30 минут до 1 часа 15 минут (в среднем $41,9 \pm 2,5$ мин), непосредственно на СПВХДЖ – от 7 до 12 минут (в среднем $9,0 \pm 1,53$ мин).

Всем больным в ближайшем послеоперационном периоде на 10-е сутки проводили рентгенологическое обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта: рентгенографию желудка и беззондовую дуоденграфию с густой бариевой взвесью в количестве 200 г.

При проведении исследования оценивали форму и положение желудка, рельеф слизистой, тонус его стенок, перистальтику и функцию привратника, наличие дефектов наполнения или ниши, а также сроки опорожнения от бариевой взвеси. При обследовании двенадцатиперстной кишки оценивали форму и контуры луковицы, диаметр верхней горизонтальной, нисходящей и нижней горизонтальной частей кишки, рельеф слизистой, степень наполнения кишки контрастным веществом, сократительную способность луковицы и других отделов кишки, сроки опорожнения, а также наличие деформаций и рельефной ниши. Рентгенологическую картину у оперированных больных сопоставляли с такими клиническими симптомами, как тяжесть в эпигастральной области, отрыжка воздухом, тошнота, рвота съеденной пищей. У больных 1-й группы при исследовании были выявлены следующие рентгенологические изменения. У 36 пациентов после оперативного вмешательства отмечалась гипотония верхнего отдела желудка с формированием заднего каскада. Снижение

тонуса верхнего отдела желудка и повышение тонуса его дистальных отделов обусловили своеобразную картину провисания большой кривизны в виде кармана. У 12 пациентов описанная картина дополнялась выраженной деформацией малой кривизны желудка. Картина измененного контура малой кривизны представлялась в виде грубозубчатой линии, плавной волнистой линии, а также единичных полуовальных или плоских дефектов. У 4 пациентов значительное увеличение сроков эвакуации бариевой взвеси соответствовало клинической картине в послеоперационном периоде. Больных беспокоили чувство тяжести в эпигастральной области, отрыжка, иногда рвота съеденной пищей.

У 2 пациентов при исследовании были выявлены полная атония желудка, его резкое расширение с рефлюксом бариевой взвеси в пищевод и задержкой эвакуации более чем на 24 часа. Полный курс консервативной терапии и постоянная декомпрессия оказались неэффективными. Пациентов прооперировали повторно: резекция желудка по Гофмейстеру–Финстереу привела к выздоровлению.

У 34 пациентов такие рентгенологические признаки, как умеренная деформация малой кривизны желудка, снижение тонуса тела и дна при активной сократительной способности антрального отдела к значительному замедлению пассажа бариевой взвеси не приводили, и общие сроки эвакуации были удовлетворительными. Соответственно рентгенологической картине клинических признаков задержки эвакуации из желудка не отмечалось.

В группе больных, оперированных с применением методики химической денервации, рентгенологическая картина пассажа бария резко отличалась от таковой у пациентов 1-й группы. У 5 пациентов визуализировались снижение тонуса тела желудка, некоторое увеличение его размеров, незначительная по времени задержка эвакуации бариевой взвеси из желудка, при этом деформации тела и дна желудка и заброса содержимого в пищевод не определялось. Функция привратника сохранялась, пассаж по двенадцатиперстной кишке не нарушался, тонус ее был нормальным, перистальтика активной. Имела место умеренная деформация луковицы в проекции ушитой язвы, язвенной ниши не было.

У одного пациента выраженная карти-

на гастростаза сочеталась с резким увеличением размеров желудка, полным отсутствием перистальтических сокращений, признаками гастроэзофагального рефлюкса. Частичное опорожнение желудка наступило после 4 часов исследования, остаточные следы бариевой взвеси отмечались на рентгенограммах через 24 часа от момента приема бария. Клиническая картина полностью соответствовала рентгенологической. Пациент жаловался на выраженное чувство тяжести в подложечной области после приема пищи, отрыжку воздухом и иногда рвоту съеденной пищей, которая приносила облегчение. Такие выраженные патологические изменения со стороны желудка мы объясняем технической погрешностью выполнения операции, которая заключалась в том, что раствор этилового спирта был введен близко к малому салюнику и распространился на оба ствола блуждающего нерва, и это привело к их полной блокаде и параличу желудка. Пациенту потребовался длительный курс медикаментозной терапии для коррекции гастростаза, что и было достигнуто за 30 дней от момента хирургического вмешательства. Больной был выписан с выздоровлением под наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства.

У 76 пациентов клинических проявлений нарушения функции желудка и двенадцатиперстной кишки не отмечалось. Рентгенологическая картина соответствовала варианту нормы и выглядела следующим образом: акт глотания не нарушен; пищевод для контраста проходим; кардия функционирует ритмично; желудок расположен в обычных границах, контуры его ровные; свод желудка несколько атоничен, перистальтика сохранена по большой кривизне; по малой кривизне снижены тонус стенки желудка и перистальтическая активность; антральный отдел сокращается ритмично, эвакуация осуществляется своевременно. Луковица несколько деформирована, петля двенадцатиперстной кишки не изменена; полная эвакуация бариевой взвеси наступает своевременно.

Селективная проксимальная ваготомия методом скелетизации малой кривизны желудка, дополненная фундопликацией по Ниссену, является травматичным хирургическим вмешательством и приводит к выраженной деформации дна и тела желудка и, как следствие, к моторно-эвакуаторным нарушениям его функции, чреватые нежелательными клиническими про-

явлениями. Но за счет сохраненной антральной перистальтики и отсутствия моторно-эвакуаторных нарушений двенадцатиперстной кишки грубых нарушений общих сроков эвакуации бариевой взвеси не наблюдается. Эта же операция, но осуществленная методом химической денервации желудка, не нарушает целостность связочного аппарата желудка, не вызывает деформации его дна и тела, воздействует только на перистальтическую активность малой кривизны, снижая ее в допустимых пределах. Кроме того, данный вариант ваготомии не оказывает влияния на сократительную активность двенадцатиперстной кишки, не изменяет сроков эвакуации бариевой взвеси, что, в свою очередь, не имеет клинических проявлений и в целом является функционально более выгодным для больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу перфоративной дуоденальной язвы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Курыгин А.А., Румянцев В.В.* Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии. – СПб, 1992.
2. *Лыткин М.И., Курыгин А.А., Ерюхин И.А. и др.* // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1988. – № 9. – С. 3–6.
3. *Подгорбунский М.А.* // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1941. – № 1–2. – С. 81–83.
4. *Holle F., Holle G.E.* // Surgery of the Stomach, Duodenum and Small intestine. – Boston, 1987. – P. 651–666.

Поступила 28.12.06.

FUNCTIONAL STATE OF THE STOMACH AND DUODENUM IN PATIENTS WITH PERFORATIVE DUODENAL ULCER AT EARLY POST-OPERATIVE STAGE AFTER DIFFERENT METHODS OF VAGOTOMY

O.A. Krasnov

S u m m a r y

Results of roentgenological observation of 170 patients surgically treated due to perforative duodenal ulcer were studied. Closure of perforative ulcer was supplemented by selective proximal vagotomy. In 88 patients (51,8%) vagotomy was performed by Holle-Hart skeletonation method, while in 82 patients (48,2%) that was done by chemical denervation of lesser curvature of stomach with 30% water solution of ethanol. It was found that vagotomy by skeletonation method supplemented with fundoplication by Nissen leads to higher frequency of mechanical disorder of high GI tract that ethanol vagotomy. It is concluded that vagotomy by selective chemical denervation is more functionally suitable to patients surgically treated due to perforative duodenal ulcer.