

УДК 616.342-002.44-089:616.833.191.9-089.85]-089.168-06-084

В. М. ВЕЛИЧЕНКО, Ю. Б. МАРТОВ, С. Г. ПОДОЛИНСКИЙ

ОСЛОЖНЕНИЯ ВАГОТОМИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Кафедра общей хирургии (зав. — засл. деят. науки БССР проф. В. М. Величенко) Витебского медицинского института

Применение ваготомии как патогенетически обоснованного метода лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки позволило значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты операций у данной категории больных, снизить послеоперационную летальность, сократить сроки временной нетрудоспособности и первичный выход на инвалидность [1—7, 8, 10, 14, 15].

Вместе с тем широкое внедрение ваготомии сопровождается рядом осложнений и побочных эффектов. Хотя осложнения и побочные эффекты ваготомии встречаются относительно редко, знания о возможности их развития и путях профилактики приобретают в настоящее время очевидную актуальность.

Некоторые из возможных после ваготомии осложнений не носят специфического характера и присущи всем операциям на органах брюшной полости, особенно если последние сопровождаются вскрытием просвета полого органа или наложением анастомоза.

В то же время имеется ряд осложнений, присущих только ваготомии или развивающихся после нее чаще, чем после другого рода операций, а также осложнения и побочные эффекты, на клиническое проявление которых ваготомия оказывает существенное влияние. Частота осложнений после ваготомии колеблется в следующих пределах: кровотечение в брюшную полость — 0,4—1 %, некроз малой кривизмы желудка — 0,2—0,3 %, повреждение желудка и пищевода — 0,2—0,9 %, повреждение селезенки — 0,2—0,3 %, разрыв двенадцатиперстной кишки — 0,8 %, повреждение нерва Латарже при селективной проксимальной ваготомии (СПВ) — 0,3 %, рецидив язвы или ее длительное незаживле-

ние — 2—11,5 %, демпинг-синдром — 2,9 %, гастростаз — 3—10 %, диарея — 4,5—20 %, дисфагия — 5—7 % [4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 16—26].

К. И. Мышкин и А. С. Толстопорков [8] считают, что патологические синдромы, встречающиеся после ваготомии, развиваются вследствие либо неадекватной ваготомии (чрезмерной или неполной), либо неадекватного дренирования (чрезмерного или недостаточного).

В. С. Помелов и соавт. [13] все возможные ошибки и осложнения при выполнении ваготомии делят на тактические, технические, ошибки и осложнения в послеоперационном периоде.

В клинике общей хирургии Витебского медицинского института с 1979 по 1984 г. органосохраняющие операции (ваготомии) выполнены 358 больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. СПВ произведена 228 больным (114 в «чистом виде», 3 с бульбодуоденостомией, 94 с гастродуоденоанастомозом по Жабуле, 13 с пилоропластикой по Финнею, у 4 дополнена пилородилатацией). Комбинированная желудочная ваготомия (КЖВ — передняя селективная проксимальная и задняя стволовая) применяется в клинике в 1979 г. и выполнена 102 больным (21 в «чистом виде», 10 с подпривратниковой дуоденопластикой, 48 с пилоропластикой, 13 с гастродуоденоанастомозом, у 10 дополнена ушиванием язвы по Оппелю — Подикарпову). Стволовая ваготомия (СВ) произведена 27 больным (6 с антрумрезекцией по Бильрот-I, 12 с пилоропластикой по Финнею, 4 с антрумрезекцией по Бильрот-II, 2 с гастродуоденоанастомозом по Жабуле, 3 выполнена при пептической язве анастомоза).

Анализируя опыт клиники и данные литературы, мы сочли целесообразным

разделить возможные осложнения следующим образом.

I. Осложнения во время операции: 1) разрыв пищевода; 2) разрыв желудка и двенадцатиперстной кишки; 3) надрыв капсулы селезенки; 4) повреждение антральной ветви Латарже (скрытая селективная ваготомия) при выполнении СПВ или КЖВ; 5) неустраненная недостаточность кардии и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

II. Осложнения в раннем послеоперационном периоде: 1) кровотечение из сосудов малого сальника и стенки желудка; 2) некроз малой кривизны желудка; 3) острая язва желудка, осложнившаяся кровотечением или перфорацией; 4) кровотечение из аррозированных сосуда в дне пенетрирующей или каллезной язвы двенадцатиперстной кишки; 5) атония желудка; 6) дисфагия; 7) дуоденостаз.

III. Осложнения в позднем послеоперационном периоде: 1) рецидив язвы или длительное незаживление ее; 2) демпинг-синдром; 3) диарея; 4) рефлюкс-гастрит.

I. Осложнения во время операции мы наблюдали у 12 больных (3,6 %).

1. Разрыв пищевода отмечен у 2 больных в результате грубого, «вслепую» выделения инструментом заднего ствола блуждающего нерва. Для его устранения была произведена мобилизация пищевода выше и ниже места разрыва, мобилизация кардиального и субкардиального отделов желудка. Слизистая и мышечная оболочки ушиты отдельными швами, после чего произведена фундопликация по Ниссену, место разрыва укрыто манжеткой. Поддиафрагмальное пространство вблизи места ушивания было дренировано. Для профилактики разрыва пищевода всем больным до операции следует вводить толстый желудочный зонд, использовать рапорасширители типа Сигала и дополнительные источники света, что позволяет лучше ориентироваться в области желудочно-пищеводного перехода.

2. Разрыва желудка в нашей практике не отмечено. С целью профилактики этого осложнения мы производили послойное (часто в «три слоя»), малыми порциями рассечение листков малого сальника, что особенно важно при значительном отложении жировой ткани. Разрыв двенадцатиперстной кишки

имелся в 2 наблюдениях при выполнении пилородилатации по поводу язвенного стеноза. Место разрыва ушито отдельными швами и дополнительно был наложен гастродуоденоанастомоз. В дальнейшем мы отказались от применения пилородилатации, поскольку грубая рубцовая ткань практически не поддается растяжению, а при насильственном введении дилатора возможны трещины и разрывы.

3. Надрыва капсулы селезенки мы избежали, соблюдая условия выделения блуждающих нервов на пищеводе и желудке — тракция за желудок всегда осуществлялась строго по оси пищевода.

4. Повреждение антральной ветви Латарже (скрытая селективная ваготомия) при выполнении СПВ или КЖВ без дренирующих желудок операций мы наблюдали у 5 больных. У 3 из них повреждение антральной ветви Латарже было замечено во время операции и им дополнительно наложен гастродуоденоанастомоз. У 2 больных осложнение диагностировано в раннем послеоперационном периоде. Основным критерием диагностики служило количество аспирируемого из желудка содержимого. Если последнее в течение 4—6 сут составляло 200 мл и более в сутки, рентгенологически отмечались стойкая гипотония желудка, нарушение эвакуации, отсутствовала перистальтика, то это расценивалось как повреждение антральной ветви Латарже. Это осложнение возможно в результате нескольких причин: а) нечеткой ориентации в анатомических взаимоотношениях тканей в малом сальнике, особенно в области угла желудка; б) попытки произвести скелетизацию малой кривизны путем взятия в зажим широких прядей сальника; в) грубого наложения зажима или прошивания сосуда при остановке возникшего из сосудов малого сальника кровотечения.

Профилактикой этого осложнения является строгое соблюдение техники СПВ; выделение и взятие на держалки переднего и заднего стволов блуждающего нерва в начале операции, послойное, малыми порциями пересечение малого сальника, остановка возникшего кровотечения из сосудов малого сальника пугем пальцевого прижатия и аккуратного выделения и перевязки изолированного кровоточащего сосуда. При подозрении на повреждение ан-

тральной ветви Латарже мы считаем необходимым выполнение дренирующей желудок операции.

5. Неустраненную недостаточность кардии и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы мы наблюдали у 3 больных. У одного больного имелась неустраненная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у одного больного в результате неправильно произведенной фундопликации и фундофренопексии возник перегиб абдоминального отдела пищевода. У одного больного неправильно произведенная фундопликация явилась причиной ложного дивертикула желудка. Эти больные были повторно оперированы. Для профилактики этих осложнений мы считаем обязательным тщательное дооперационное обследование больных (данные анамнеза, эзофагогастродуоденоскопии, рентгеноскопии желудка, поэтапной рН-метрии), ревизию области пищеводного отверстия диафрагмы во время вмешательства и пластику его при расширении, а также соблюдение правил выполнения фундопликации и фундофренопексии.

II. Ранние послеоперационные осложнения отмечены в 7 % наблюдений.

1. Кровотечения из сосудов малого сальника или стенки желудка мы избежали, выполняя тщательное лигирование сосудов, перевязывая малый сальник малыми порциями, нередко в «три слоя», прошивая сосуды у стенки желудка, а также ушивая малую кривизну желудка с проведением лигатуры под сосуды в его стенке.

2. Некроза малой кривизны желудка мы не отметили. Тщательная перитонизация малой кривизны желудка или отказ от выполнения СПВ в пользу КЖВ, при которой сохраняется кровоснабжение стенки желудка за счет интактных сосудов заднего листка малого сальника, является надежной профилактикой этого грозного осложнения.

3. Острая язва желудка отмечена нами у 2 больных: у одного она развилась после СВ, у другого — после СПВ с повреждением антральной ветви Латарже и дополнительного наложения гастродуоденоанастомоза. В послеоперационном периоде обоим больным проводилось консервативное лечение с хорошим эффектом.

4. Кровотечение из аррозированного сосуда в дне пенетрирующей или каллезной язвы двенадцатиперстной кишки мы наблюдали у 2 больных. У одного кровотечение возникло на 4-е сутки, у другого — на 12-е сутки после операции. Оба они были повторно оперированы, произведены прошивание кровотокающего сосуда и вылороэластика по Финнею с тампонадой дна язвы. Профилактикой этого осложнения мы считаем обязательное ушивание язвы с прошиванием дна последней у всех больных с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы и печеночно-двенадцатиперстную связку.

5. Атония желудка отмечена нами у 9 пациентов после СВ. Профилактикой этого осложнения мы считаем отказ от СВ в пользу СПВ и КЖВ.

У всех больных, оперированных по поводу стеноза (производились СПВ и КЖВ с дренирующей желудок операцией), мы применяли с профилактической целью с первых суток 2-3-кратную аспирацию желудочного содержимого, введение бензогексония и церукала, внутривенные вливания полноценных растворов, солей калия, хлоридов, а также синусональные токи (токи Бернара) на эпигастральную область.

6. Дисфагия, возникшая в раннем послеоперационном периоде, не является опасным для жизни больному осложнением и чаще всего обусловлена избыточной скелетизацией дистального отдела пищевода при СПВ, что приводит к нарушению иннервации сфинктера пищевода и зоны пищеводно-желудочного перехода. Мы наблюдали 4 больных с таким осложнением. Своевременное консервативное лечение (дробное питание, прием пищи малыми порциями и в жидком виде, витамины группы В, церукал, бензогексоний, раствор новокаина внутрь, электрофорез с новокаином и йодистым калием на эпигастральную область) позволило в короткие сроки (2—3 нед) купировать дисфагию.

7. Дуоденостаз отмечен нами у 8 больных после ваготомии с дренирующими операциями. Развитие его связано, по-видимому, с нарушением иннервации двенадцатиперстной кишки при мобилизации ее по Кохеру и повреждением кишечной стенки при наложении анастомоза. Лечение дуоденостаза заключается в обязательной двукратной

аспирации желудочного содержимого в послеоперационном периоде, введение бензогексония и церукала, полиионных растворов, солей калия, хлоридов, а также в физиотерапевтическом лечении.

III. Осложнения в позднем послеоперационном периоде мы отметили в 20,4 % наблюдений.

1. Ресцидив язвы или длительное неживление ее является самым неприятным осложнением ваготомии в позднем послеоперационном периоде, поскольку делает операцию неэффективной. Причиной этого осложнения может быть ряд факторов: а) неполная ваготомия, б) недостаточное дренирование, в) недоадресированный до и во время операции синдром Золлингера — Эллисона. Мы наблюдали 4 больных с таким осложнением. Один был оперирован повторно, ему произведена СВ, 3 других лечились консервативно. Профилактикой его можно считать тщательное дооперационное обследование, отказ от СВ в пользу СПВ и КЖВ, а также скрупулезное выполнение всех этапов операции (особенно тщательно необходимо обрабатывать сосудисто-нервные образования в области угла желудка и желудочно-пищеводного перехода), технически правильное выполнение дренирующих желудок операций.

2. Демпинг-синдром после ваготомии развивается реже, чем после резекции желудка, и протекает в более легкой форме. Мы наблюдали 48 больных с демпинг-синдромом. Из них только у 2 демпинг-синдром был средней степени тяжести и требовал периодического направленного лечения. Это осложнение, как правило встречается после ваготомии с дренирующей желудок операцией, т. е. после разрушения привратника. При выполнении операции в случае выраженного стеноза ширина гастродуоденальной анастомоза не должна превышать 2,5—3 см.

3. Диарея отмечена нами у 11 больных. Преимущественно диарея развивается после СВ, однако в легкой форме может встретиться и после СПВ и КЖВ. Профилактикой этого осложнения является отказ от стволовой ваготомии. Как правило, диарея хорошо купируется индивидуально подобранной диетой и не требует специального лечения.

4. Рефлюкс-гастрит является весьма неприятным осложнением, трудно под-

дается лечению. Развивается, как правило, после операций с разрушением привратника. Мы наблюдали рефлюкс-гастрит у 10 пациентов.

Прослеживается определенная взаимосвязь рефлюкс-гастрита с имевшимся в раннем послеоперационном периоде дуоденостазом. Так, из 8 пациентов, у которых был дуоденостаз, у 7 в последующем возник рефлюкс-гастрит. Лечение последнего заключается в дробном приеме пищи, применении бензогексония, церукала, озокерита и т. п. После проведения 2—3 курсов с перерывами 2—3 нед состояние больных улучшилось. Тяжелых проявлений рефлюкс-гастрита, требующих оперативной коррекции, мы не наблюдали.

Выводы

1. Органосохраняющие операции являются высокоэффективным методом хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

2. Питраоперационные осложнения ваготомии возникают, как правило, в период освоения метода, их можно избежать при скрупулезном выполнении всех этапов оперативного вмешательства.

3. Сократить количество послеоперационных осложнений можно, выполняя ранние (до развития осложнений) оперативные вмешательства, когда нет необходимости в разрушении привратникового механизма, а также отказавшись от применения СВ в пользу СПВ и КЖВ как более функционально выгодных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агсиев В. А., Чернякевич С. А. // Хирургия. — 1983. — № 10. — С. 36—42.
2. Волков В. С., Курисин А. А., Семко Л. А. // Там же. — 1980. — № 9. — С. 25—28.
3. Кузин М. И. // Всесоюзная конф. по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — М., 1978. — С. 3—4.
4. Кузин М. И. // Всесоюзный съезд хирургов, 30-й. Труды, Минск, 1981. — С. 237—241.
5. Дыткин М. И., Горелов Ф. И., Румянцев В. В. и др. // Вестн. хир. — 1979. — № 1. — С. 5—10.
6. Майт В. С., Панцовев Ю. М., Григорьев А. А. // Хирургия. — 1978. — № 6. — С. 106—112.
7. Мышкин К. И., Скопец М. Д., Скопец С. М. // Там же — 1983 — № 2. — С. 11—14.

8. Мышкин К. И., Толстоплотов А. С. // Там же — 1981. — № 9. — С. 26-29.
9. Печай А. И., Ситенко В. М., Курьин А. А. и др. // Вестн. хир. — 1985. — № 3. — С. 17-24.
10. Паницырев Ю. М., Сидоренко В. И. // Хирургия. — 1983. — № 10. — С. 26-31.
11. Помелов В. С., Ганжа Н. Ф., Самыкин Н. М., Ражаббаев Р. // Там же. — 1984. — № 12. — С. 131-139.
12. Помелов В. С., Кудашов С. Е., Графская Н. Д. и др. // Там же. — 1984. — № 3. — С. 17-21.
13. Помелов В. С., Кудашов С. Е., Булаков Г. А., Ражаббаев Р. // Там же. — № 10. — С. 72-76.
14. Сибуль У. Ф., Трусов Р. А. // Вестн. хир. — 1982. — № 4. — С. 19-22.
15. Шалимов А. А., Сазыко В. Ф., Попинкович Б. С., Ващенко А. Е. // Клин. хир. — 1980. — № 8. — С. 1-5.
16. Adami H. O., Linnier I. K., Jonquar P. J. Brit. J. Surg. — 1980. — Vol. 67. — P. 1-29.
17. Blaum A. L. // Arch. Klin. Chir. — 1980. — Bd 352. — S. 118-123.
18. Engel J. J. // Amer. J. Gastroent. — 1978. — Vol. 70. — P. 55-60.
19. Faxen A. // Scand. J. Gastroent. — 1978. — Vol. 13. — P. 609-613.
20. Hollender L., Marie A. Die selektive proximale Vagotomie — Berlin, 1978.
21. Junginger T., Pichlmair J. // Dtsch. med. Wschr. — 1979. — Bd 104. — S. 127-132.
22. Müller C. // Ther. Umsch. — 1980. — Bd 37. — S. 693.
23. Müller C. // Wien. med. Wschr. — 1981. — Bd 93. — S. 479-484.
24. Pichlmaier H. // Therapiewoche. — 1979. — Bd 29. — S. 1824-1842.
25. Poppen B., Deffen A. // Amer. J. Surg. — 1981. — Vol. 141. — P. 323-329.
26. Skjennald A., Staduas J., Syversen S. // Scand. J. Gastroent. — 1979. — Vol. 14. — P. 609-613.

Поступила 25.11.85