

1. Гусева Н. Г. Системная склеродермия. М., Медицина, 1975.— 2. Насонова В. А., Балабанова Р. М., Алекберова З. С. и др. Тер. арх., 1981, 4.
Поступила 18 января 1985 г.

УДК 616.34—002.44—089.8:616.833.191—089.85

ВАГОТОМИЯ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

И. И. Ключев, В. М. Сурин, И. Н. Пиксин, В. С. Беликов

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. И. И. Ключев) медицинского факультета Мордовского ордена Дружбы народов государственного университета имени Н. П. Огарева

Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки нельзя считать решенной проблемой. В настоящее время, наряду с резекцией желудка, все более широкое распространение получают разные виды ваготомии: стволовая, или трункулярная, селективная, а также селективная проксимальная (СПВ) [8] с органосохраняющими операциями, которая может быть проведена и самостоятельно [4, 5, 7].

В нашей клинике с 1978 г. по 1983 г. выполнено 150 ваготомий. Результаты оперативных вмешательств изучены у 106 больных. Из них у 103 была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 2 — желудка, у одного — желудка и двенадцатиперстной кишки. Преобладали мужчины (98). Большинство оперированных (70) были в возрасте от 20 до 50 лет. У 86 больных до операции наблюдались различные осложнения язвенной болезни: прободение (42), стеноз (21), кровотечение (16), пенетрация (7). Подавляющая часть больных имела длительный язвенный анамнез.

Стволовая ваготомия была выполнена 65 пациентам, селективная — 36. У 85 больных ваготомию сочетали с дренирующими желудок операциями: пилоропластикой (69), гастродуоденостомией и гастроэнтеростомией (16); СПВ без дренирования желудка проведена у 8 человек.

Осложнения ваготомии связаны в основном с отсутствием опыта, недостаточным знанием топографии блуждающего нерва, с погрешностями в технике операции. В период освоения методики операции нами отмечены следующие осложнения: кровотечение из околопещерной клетчатки (3), ранение пищевода (1), ранение нижней полой вены при выделении нижней доли печени, прикрывающей пищевод (1).

В ближайшем послеоперационном периоде у 3 больных были выявлены инфильтраты эпигастральной области с последующим абсцедированием у одного больного. Их возникновение мы связываем с гематомами, образующимися вследствие кровотечения из мелких сосудов в результате соскальзывания лигатур после скелетирования малой кривизны желудка и пищевода при СПВ. У одного больного наступила эвентрация. Из других осложнений послеоперационного периода следует выделить переходящую дисфагию (у 4); типичную постваготомную диарею с водянистым стулом до 3 — 4 раз в сутки (у 8), которая не потребовала специального лечения; синдром быстрого насыщения (у 3) при расширенной СПВ без дренирования желудка; ранний демпинг-синдром (у 3, из них у одного — средней тяжести); выраженный парез кишечника в течение нескольких дней после операции (у 3). Гастростаз после операции наблюдался как исключение (3) и обычно разрешался после консервативных мероприятий (аспирации желудочного содержимого через зонд, инъекций 2% раствора бензогексония на протяжении нескольких дней).

Из 106 человек на 4-е сутки после стволовой ваготомии умер один (0,9%) больной с перфоративной язвой от двусторонней абсцедирующей крупнозной пневмонии.

После операции состояние пациентов быстро улучшалось, исчезли боли, изжога. Большинство из них уже через 1—3 мес приступали к работе, что соответствует литературным данным [1].

Отдаленные результаты в сроки от 6 мес до 4 лет были изучены у 72 оперированных. Почти все больные прибавили в массу тела, и многие вернулись к прежней работе. У 10 (13,9%) из них был выявлен демпинг-синдром: у 9 — легкой и у одного — средней тяжести. У 5 (6,9%) больных определялась диарея легкой степени, которая была избирательной и проявлялась главным образом на молоко. Следует отметить, что 10 больных в течение 6 мес, а некоторые даже до 1 года жаловались

на тяжесть, чувство полноты в желудке (обычно после полного обеда), а двоих, кроме того, беспокоили боли в левой надключичной области (после СПВ). Сами больные все эти явления связывали с «перееданием». У некоторых пациентов выявлялся шум плеска при сукуссии, чаще после стволовой ваготомии, хотя при рентгенологическом исследовании задержки эвакуации бария из желудка не наблюдалось.

Функциональное состояние печени у большинства оперированных было вполне удовлетворительным. Угледовная функция, по данным пробы на толерантность к глюкозе на однократную нагрузку, не нарушалась. Происходила нормализация белковообразовательной функции печени: снижалось количество α_2 -глобулинов, возрастал уровень β -глобулинов плазмы, увеличивалось содержание общего белка и протромбинового индекса до нормальных величин.

Продукция соляной кислоты после ваготомии резко снижалась, особенно в ближайшее время после СПВ, и несколько возрастала в отдаленные сроки, оставаясь при этом на безопасном уровне; после стволовой ваготомии, она, наоборот, уменьшалась.

По данным интрагастральной рН-метрии, непрерывное кислотообразование, наблюдаемое при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в теле желудка после ваготомии не прекращалось, но уменьшалась его интенсивность (с $1,27 \pm 0,05$ до $1,48 \pm 0,09$ рН) и резко снижалось значение рН антрального отдела желудка (с $1,73 \pm 0,14$ до $4,60 \pm 0,38$ рН), что свидетельствовало о компенсированном ощелачивании [2, 4] и являлось благоприятным фактором.

Более чем у половины больных (у 18 из 33) после ваготомии резко снижалась концентрация пепсина, определяемого по методу В. Н. Туголукова (1965): натощак — с 53 до 6,8 г/л, в базальном желудочном соке — с 50,4 до 7,8 г/л и после стимуляции гистамином (максимальный гистаминовый тест) — с 54,0 до 8,6 г/л.

Следует отметить, что в 20,3% случаев после ваготомии показатели секреции соляной кислоты были выше безопасного уровня и приближались к дооперационным, причем у 2 человек из этой группы возник рецидив язвенной болезни. Больных с повышенной секрецией HCl после ваготомии нужно относить к группе повышенного риска и проводить им курсы профилактического лечения [4].

По литературным данным [3, 4, 7], отличные и хорошие исходы ваготомии составляют 76,5—91,4%.

Отличные и хорошие результаты выявлены нами у 56 (77,8%) из 72 человек, удовлетворительные — у 12 (16,7%), плохие — у 4 (5,5%). У 2 после расширенной СПВ без пилороластики развился гастростаз, у 2 возник рецидив язвенной болезни (СПВ).

Лучшие показатели наблюдались после стволовой ваготомии (у 34 из 36), после СПВ с дренирующими операциями хороших и отличных результатов было несколько меньше (у 17 из 26). После СПВ с гастродуоденостомией показатели оказались более высокими, чем при сочетании с пилоропластикой по Гейнеке — Микулитчу. Самые плохие исходы были после СПВ без дренирующих операций, что связано, вероятно, с освоением методики операции и погрешностями в технике ее выполнения. Из 6 обследованных хороший результат получен у одного больного, удовлетворительный — у 3, плохой — у 2 (у одного больного — рецидив язвы, у другого — гастростаз).

ВЫВОДЫ

1. Ваготомия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки приводит к резкому подавлению секреции соляной кислоты и пепсина. С увеличением сроков после операции дебит соляной кислоты существенно не меняется.

2. Ваготомия дает хорошие отдаленные результаты. Частота рецидивов язвенной болезни после ваготомии невысока (3%), демпинг-синдром и диарея встречаются преимущественно в легкой форме.

3. Внутрижелудочная рН-метрия является перспективным методом изучения кислотообразующей функции желудка после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В. С., Курыгин А. А., Семенко Л. А. Хирургия, 1980, 9.—
2. Граменицкий А. Б. В кн.: Материалы XI Всесоюзной конференции по физиологии и патологии органов пищеварения. М., 1971.— 3. Курыгин А. А. Вестн. хир., 1975, 7.— 4. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. М., Медицина, 1979.— 5. Помелов В. С., Кулешов С. Е. и др. Хирургия, 1981, 9.— 6. Туголуков В. Н. Современные методы функциональной диагностики состояния слизистой оболочки желудка и их клиническое значение.

УДК 618.2/7.:616.94

О ПРИЧИНАХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ В АКУШЕРСТВЕ

Ф. А. Мифтахова, Д. П. Игнатьева

Кафедры акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Л. А. Козлов) и № 2 (зав.— проф. З. Н. Якубова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Мы проанализировали истории родов и болезни 13 женщин с послеродовым сепсисом, 5 — с акушерским перитонитом и одной — с септическим шоком при беременности вследствие пиосальпинкса. Из 13 женщин с послеродовым сепсисом 9 были в возрасте от 23 до 25 лет, остальные — от 28 до 34 лет. Преобладали первородящие (9). Продолжительность родов превышала 20 ч у 3 женщин, у остальных составляла не более 15 ч, у повторнородящих была в пределах 8 ч. Продолжительность безводного промежутка у 2 женщин была более 10 ч, у остальных — до 6 ч.

Объем кровопотери, по данным историй родов, у 6 женщин не превышал 300 мл, однако эти сведения вызывают сомнения. Так, у одной родильницы произведено ручное обследование полости матки, показанием к которому было «продолжающееся кровотечение из половых путей». У 3 родильниц объем кровопотери не указан, хотя у 2 из них было выполнено ручное обследование полости матки в связи с кровотечением (1) и оперативным родоразрешением — краниотомией (1). Одна женщина была родоразрешена операцией корпоральной кесарева сечения с учтенной кровопотерей объемом 800 мл, у 3 женщин вследствие патологии последового и раннего послеродового периодов объем общей кровопотери превысил 1000 мл. Таким образом, у большинства женщин сепсис развился на фоне патологической кровопотери, что диктует необходимость точного учета потери крови и своевременного ее восполнения.

Оперативное родоразрешение произведено у 4 женщин (кесарево сечение — у 2, классический поворот плода на ножку с последующей его экстракцией — у одной, краниотомия — у одной), ручное обследование полости матки — у 5.

Повышение температуры в первые три дня послеродового периода наблюдалось у 7 родильниц, на 6-й день — у одной. У остальных гипертермия проявилась после выписки из стационара — на 8—13-й дни послеродового периода. Ремиттирующая температура была у 7, гектическая — у 4, постоянно высокая — у 2. Озноб отмечали все 13 женщин.

Увеличение печени на высоте заболевания зафиксировано у 6 женщин, селезенки — у 5. Желтушность кожных покровов была только у одной больной, у которой развился токсический гепатит; в анамнезе этой пациентки указаны инфекционный гепатит и эклампсия во время беременности.

У одной женщины сепсис возник на фоне гнойного воспаления придатков, что потребовало проведения кольпотомии, затем лапаротомии для дренирования метастатического гнойного очага. При развитии сепсиса на фоне метроэндометрита субинволюция матки становилась заметной с 4—6-го дня послеродового периода, когда дальнейшее уменьшение размеров матки прекращалось, а в ряде случаев даже отмечалось увеличение высоты стояния дна матки.

Обращала на себя внимание редкость такого характерного признака воспаления матки, как ее болезненность (у 2 женщин). В определенном размере и консистенции матки существенную роль играет субъективный фактор: различие в размерах в один и тот же день при ручном обследовании разными врачами достигает 4 нед беременности; один врач консистенцию матки считает плотной, другой — тестоватой. Но, несмотря на это, размеры матки все же превышали нормальные для данного дня пuerперия. Лохии длительно (до 15—20-го дня после родов) носили кровянистый характер, гнойные выделения были отмечены у 4 женщин. Проведенное в начале заболевания микроскопическое исследование лохий обнаружило большое количество лейкоцитов.

Выскабливание полости матки было произведено 5 больным. Показаниями к