

МЕСТО ВАГОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

П. Д. КАРАЧЕВ

Кафедра хирургических болезней № 2 СГМИ

Заболеваемость язвенной болезнью остается высокой и не имеет тенденции к снижению, а число осложнений ее перфорацией достигает 30% [23, 20]. Наиболее частым и грозным следствием прободения является перитонит. В условиях разлитого перитонита выбор хирургической тактики становится наиболее сложным. До последнего времени единственным выходом из этой ситуации считалось ушивание язвы — способ, целью которого являлся спасение жизни больного. На сегодня задачей неотложной хирургии становится не только борьба за жизнь, но и возможно более полноценная реабилитация больных и возвращение их к труду в кратчайшие сроки, что требует применения радикальных операций. Опыт большого числа хирургов [34] показал неприемлемость резекции желудка в условиях разлитого перитонита, а возможность применения ваготомии у этой категории больных изучена пока явно недостаточно. Поэтому определенный интерес представляют результаты хирургического лечения больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) по материалам клиники хирургических болезней № 2 Свердловского медицинского института, где с 1980 г. ваготомия применяется как основная вид операции, в т. ч. и при наличии распространенного перитонита. С 1980 по 1985 гг. оперировано 253 больных перфоративной язвой ДПК в возрасте от 15 до 79 лет: до 20 лет было 14 чел. (5,5%), до 30 — 76 (30%), до 40 — 62 (24,5%), до 50 — 55 (21,7%), до 60 лет и старше — 21 (8,3%). Среди оперированных лица физического труда составили 68,2%; служащие — 15,2%; пенсионеры — 8,3%; неработающие — 8,3%. В срок до 3 ч. с момента перфорации оперировано 93 чел. (36,8%), до 6 ч. — 81 (32%), до 12 ч. — 42 (16,6%) до суток — 17 (6,7%), в срок свыше двух суток — 10 (4%). Иначе говоря в срок до 6 ч. оперировано 174 (68,8%) больных.

У 9 (3,8%) чел. во время операции выявлен местный ограниченный перитонит (прикрытые перфорации), у 54 (21,3%) — местный неограниченный, у 101 (39,9%) — диффузный и у 89

(35,2%) — разлитой. При местном неограниченном перитоните серозный выпот был у 38 (60%), серозно-фибринозный — у 25; из 101 оперированного с диффузным перитонитом серозный выпот обнаружен у 46 (45,5%), серозно-фибринозный — у 53 (52,5%), гнойный — у 2-х (2%). Из 89 больных с разлитым перитонитом серозный выпот наблюдался у 13 (14,6%), серозно-фибринозный — у 57 (64%) и гнойный выпот — у 19 (21,3%). Всем больным были выполнены стволовая ваготомия (СТВ) или селективная проксимальная ваготомия (СПВ) с различными видами дренирующих операций. С 1980 по 1981 г. стволовая ваготомия при перфоративной язве выполнена 88,5% больных, а в период с 1982 по 1985 г. — только 29,5%. Наблюдение за больными в ближайшем послеоперационном периоде после различных видов ваготомий показало, что как та, так и другая операции не влияют на исход лечения. Мы, как и многие другие хирурги, отдаем предпочтение СПВ как более адекватной и функционально выгодной операции, применяя ее и при разлитом перитоните. В табл. 1 представлены виды ваготомии и распространенность перитонита.

Таблица 1

Вид ваготомии и распространенность перитонита

Вид ваготомии	Перитонит							
	местный		диффузный		разлитой		всего	
	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%
СПВ	49	19,4	50	19,8	26	10,2	125	49,4
СТВ	14	5,5	51	20,2	63	24,9	128	50,6
Итого:	63	24,9	101	40	89	35,1	253	100

Из таблиц видно, что при местном перитоните операций выбора в большей степени являлась СПВ (19,4%) по сравнению с СТВ (5,5%). При диффузном оба вида ваготомии выполнялись одинаково часто, при разлитом — тяжелым больным в два раза чаще производилась технически более простая операция СТВ.

Вид ваготомии при разлитом перитоните и характер выпота приведены в табл. 2.

Таблица 2

Вид ваготомии при различных видах разлитого перитонита

Вид ваготомии	Разлитой перитонит							
	серозный		серозно-фибринозный		гнойный		всего	
	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%
СПВ	5	5,6	21	23,6	—	—	26	29,2
СТВ	8	9,0	36	40,4	19	21,4	63	70,8
Итого	13	14,6	57	64,0	19	21,4	89	100

Как видно из таблицы, при серозном разлитом перитоните одинаково часто выполнялись и СПВ, и СТВ; при серозно-фибринозном выполнено 36 СТВ (40,4%) и 21 СПВ (23,6%), т. е. преимущество отдавалось более простой операции, а при гнойном характере выпота применялась только СТВ.

Срок поступления и вид ваготомии приведены в табл. 3.

Таблица 3

Вид ваготомии и срок операции с момента перфорации

Вид ваготомии	До 3 ч		До 6 ч		До 12 ч		До 24 ч		Позже 24 ч		Всего	
	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%
СПВ	58	22,9	41	16,2	20	7,9	4	1,6	2	0,8	125	49,4
СТВ	45	17,8	40	15,81	22	8,7	13	5,1	8	3,2	128	50,6
Итого:	103	40,7	81	32	42	16,6	17	6,7	10	4,0	253	100

Представленные данные показывают, что в ранние сроки, до 6 и даже до 12 ч., одинаково часто выполнялись оба вида ваготомии. В срок позже 12 ч. предпочтение отдавалось СТВ.

Тяжесть состояния больных и вид ваготомии представлены в табл. 4.

Таблица 4

Вид ваготомии и тяжесть состояния больных

Вид ваготомии	Удовлетворительное		Средней тяжести		Тяжелое		Всего	
	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%
СПВ	10	4,0	80	31,6	35	13,8	125	49,4
СТВ	6	2,3	52	20,6	70	27,7	128	50,6
Итого:	16	6,3	132	52,2	105	41,5	253	100

Из таблицы видно, что больным независимо от тяжести состояния выполнялись тот и другой вид ваготомии, однако при тяжелом состоянии в два раза чаще применялась СТВ, как технически более простая операция, а значит на ее выполнение требуется меньше времени.

Сопутствующая патология не является противопоказанием к ваготомии. Вид ваготомии зависит от тяжести клинических проявлений сопутствующей патологии. У больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии субкомпенсации соотношение СПВ и СТВ составляло 1:6. Больным в стадии декомпенсации выполнялись только СТВ.

Вид ваготомии в зависимости от возраста больных приведен в табл. 5.

Таблица 5

Вид ваготомии и возраст больных, лет

Вид ваготомии	До 20		21—29		30—39		40—49		50—59		60 и старше		Всего	
	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%
СПВ	2	0,8	33	13,0	34	13,4	26	10,2	8	3,2	2	0,8	125	49,4
СТВ	12	4,7	43	17,0	28	11,1	29	11,5	17	6,7	19	7,5	128	50,6
Итого:	14	5,5	76	30	62	24,5	55	21,7	25	9,8	21	8,3	253	100

Из таблиц следует, что в возрасте до 40 лет несколько чаще выполнялись СПВ, у больных старше 40 лет отмечается преобладание СТВ, которая в возрастной группе 60 лет и старше является операцией выбора.

В послеоперационном периоде больным с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки в течение первых 2—4-х суток проводилась инфузионная терапия для поддержания и коррекции электролитного баланса, как основы восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника. С этой же целью с первых суток после операции проводилась электростимуляция кишечника, в случаях, когда операция выполнялась при разлитом перитоните — перидуральная анестезия морфином. Комплекс мероприятий по восстановлению тонуса желудочно-кишечного тракта, массивная сочетанная антибактериальная терапия позволили добиться раннего восстановления моторики кишечника. В ближайшем послеоперационном периоде из 253 оперированных умерли 6 чел. (2,4%), причиной смерти у двух больных была несостоятельность швов, у одного — послеоперационный сепсис, у одного — тромбоэмболия легочной артерии, у одного — прогрессирование сердечно-легочной недостаточности и у одного скоропостижная смерть наступила на фоне глюкокортикоидной недостаточности при опухоли коры надпочечников (патологоанатомическая диагностика).

Средний срок пребывания в стационаре составил 17,5 дня. Срок временной нетрудоспособности по результатам пятилетней диспансеризации — 55,7 дня.

Таким образом, применение ваготомии при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки даже в условиях разлитого перитонита позволило выполнить всем больным радикальную операцию при незначительном проценте летальных исходов и в короткие сроки добиться их реабилитации.