

Проф. В. М. ВЕЛИЧЕНКО, доценты Ю. Б. МАРТОВ и
Г. М. ГАЛУШКОВ, С. Г. ПОДОЛИНСКИЙ, С. А. СУШКОВ,
Л. А. ФРОЛОВ, В. В. ШВАРЕНКО

КОМБИНИРОВАННАЯ ЖЕЛУДОЧНАЯ ВАГОТОМИЯ

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

Патогенетическая обоснованность и клиническая целесообразность применения органосохраняющих операций у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки признается подавляющим большинством хирургов. Об этом свидетельствуют многочисленные публикации в журналах, а также материалы и решения XXX съезда хирургов СССР. Наибольшее распространение получили селективная проксимальная ваготомия (СПВ) в плановой и стволовая ваготомия в экстренной хирургии дуоденальных язв. Признавая неоспоримые достоинства СПВ, многие хирурги отмечают, что она является сложным в техническом отношении вмешательством, требующим тонкой оперативной техники и значительных затрат времени [7, 19, 20, 26]. Стволовая ваготомия — наиболее простой и быстро выполнимый вариант органосохраняющей операции, в связи с чем ее рекомендуется применять при перфоративных и кровоточащих язвах (решения XXX съезда хирургов СССР). В то же время именно стволовая ваготомия наименее функционально выгодна. Денервация пилороантрального отдела желудка, обязательное разрушение привратникового механизма сопровождаются довольно частой атонией желудка, диареей и демпинг-синдромом [10, 12, 23].

В 1978 г. G. Hill и соавт. [28] описали 22 операции, выполненные по новой методике, — комбинация передней селективной проксимальной и задней стволовой ваготомии. Не-

зависимо от них в марте 1979 г. нами (Ю. Б. Мартовым, Г. М. Галушковым) также начато применение этого варианта органосохраняющей операции, которую мы назвали «комбинированная желудочная ваготомия» (КЖВ) [2]. В последующем о выполнении аналогичных операций сообщали ряд отечественных хирургов. Однако индивидуальный опыт авторов и сроки наблюдения за больными после операции недостаточны для окончательных суждений. П. М. Постолов и соавт. [22] описывают 15 таких операций, В. С. Помелов и соавт. [21] — 18, С. У. Джумабаев и соавт. [9] — 4, Д. И. Датхаев, П. М. Шадинов [8] — 20, М. А. Валиев [1] — 10, Г. А. Рустамов [24] — 28 операций. Широкий круг хирургов недостаточно знаком с достоинствами и недостатками этого варианта ваготомии, тем более что в литературе встречается терминологическая путаница в оценке комбинированной желудочной ваготомии. Так, в статье В. Н. Шиленка и соавт. [27] написано, что у 3 больных применена «комбинированная ваготомия Бурже» (передняя селективная проксимальная и задняя стволовая). Вместе с тем хорошо известно, что операция Бурже представляет собой переднюю селективную и заднюю стволовую ваготомию [25], т. е. при ней производится денервация антрального отдела желудка и области желудочно-дуоденального перехода, что имеет принципиальное значение. Операции Бурже присущи все недостатки селективной ваготомии, которая в настоящее время не применяется хирургами как не имеющая преимуществ перед более технически простой стволовой ваготомией [11].

Изложенное побудило нас поделиться собственным опытом применения КЖВ у 133 больных, детально обследованных в сроки до 7 лет. Возраст пациентов от 18 до 79 лет. Мужчин было 111, женщин — 22. КЖВ мы выполняли в основном в условиях ургентной хирургии при перфоративных и

Характеристика клинического материала

Диагноз	Оперативные вмешательства					
	КЖВ	КЖВ+дуоденопластика	КЖВ+ушивание по Оппелю—Поликарпову	КЖВ+гастродуоденостомия	КЖВ+пилоропластика	всего
Перфорация		8	12			20
Кровотечение		2			6	8
Пенетрация	4					4
Стеноз		4		15		4
Перфорация+стеноз		3		29		32
Пенетрация+кровотечение					8	8
Пенетрация, кровотечение и стеноз					2	2
Рецидив после ушивания перфорации	10					10
Рецидив после ушивания перфорации и стеноз				8		8
Рецидив после ушивания перфорации и кровотечения					2	2
Неосложненная язва на фоне сопутствующих заболеваний	20					20
Итого . . .	34	17	12	52	18	133

профузно-кровоточащих язвах, а также у лиц пожилого и старческого возраста и больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. У 34 пациентов КЖВ выполнена изолированно, без дополнительных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке, у 17 она сопровождалась подпривратниковой дуоденопластикой, у 12 — ушиванием перфоративной язвы по Оппелю—Поликарпову, у 52 больных с суб- и декомпенсированным стенозом сочеталась с гастродуоденостомией по Жабуле и у 17 — с прошиванием язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки и пилоропластикой по Финнею (см. таблицу).

КЖВ в техническом отношении значительно проще СПВ и требует в 2 раза меньше времени. В послеоперационном периоде осложнения развились у 8 больных (6 %), у 3 имелись послеоперационные пневмонии и у 5 — нагноение послеоперационных ран. Летальных исходов не было.

Сроки временной нетрудоспособности оценены нами у всех 133 больных, причем мы сочли целесообразным изучить этот показатель отдельно после КЖВ без разрушения привратникового механизма (изолированная КЖВ; дополненная подпривратниковой дуо-

денопластикой; ушиванием перфоративной язвы по Оппелю—Поликарпову) и после КЖВ, дополненной гастродуоденостомией и пилоропластикой. В первой группе было 63 пациента, в второй — 70. В первой группе временная нетрудоспособность составила в среднем $58,1 \pm 1,2$ дня, во второй — $62,2 \pm 1,7$ дня.

Отдаленные результаты по шкале Visik в сроки от 1 года до 7 лет изучены у 121 больного (90 % оперированных), у 100 из них (75 % оперированных) — путем ответа на анкету и последующего обследования в клинике. У 21 больного отдаленные результаты оценены только на основании ответов на анкету. Эти пациенты считали себя практически здоровыми от обследования отказались.

Из 100 обследованных в клинике больных отличные и хорошие результаты получены у 94, удовлетворительные — у 4, неудовлетворительные (рецидив язвы) — у 2.

При оценке по тем же критериям отдаленных результатов у всех больных (121) отличные и хорошие результаты получены у 115 (95 %), удовлетворительные — у 4 (3,3 %), неудовлетворительные — у 2 (1,7 %).

Функциональные последствия КЖ

изучены с учетом секреторной, моторной и эвакуаторной функций желудка, концентрации гастрина в сыворотке крови как в базальных условиях, так и в динамике в течение суток (после приема пищи и во время сна), органичного кровообращения желудка по зонам (тело, антральный отдел) методом раздельной реогастрографии. Секреторную функцию желудка оценивали по данным раздельной (тело, антральный отдел) желудочной рН-метрии с применением стимуляторов (гистамин, пентагастрин, инсулин) и блокаторов (атропин) желудочной секреции, принимая во внимание суточную динамику кислотопродуцирующей, кислотонейтрализующей функций желудка, изучали ощелачивающую функцию двенадцатиперстной кишки методом многоканальной микро-рН-метрии, часовой объем секреции, активность и напряженность желудочного ферментовыделения (пепсин, гастрексин), суммарную рН-желудочного сока и определяли реальную протеолитическую способность желудочного сока. Моторную и эвакуаторную функции оценивали на основании раздельной (тело, антральный отдел) электрогастрографии натощак и после пищевого раздражения, а также рентгенологически. Концентрацию гастрина определяли с помощью наборов фирмы «Sea-Sorin» Франция. Полученные данные сравнивали с таковыми у здоровых лиц, больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до операции, а также после стволовой ваготомии с пилоропластикой и СПВ.

Результаты функциональных исследований подробно предоставлены нами в ряде статей [2—6, 13—18]. В настоящем сообщении мы сочли возможным привести только обобщенные результаты. Так, после КЖВ снижалась базальная кислотопродукция (рН в теле до операции 1,2—1,5, после операции 2,4—3,2), восстанавливалась кислотонейтрализующая функция антрального отдела (рН в антральном отделе до операции 1,5—1,9, после операции 6,5—7,0). Часовой объем желудочной секреции уменьшился с 130 мм/ч до операции до 85 мм/ч после нее, активность и напряженность желудочного ферментовыделения (пепсин и гастрексин) уменьшились соответственно в 2 и 1,5 раза по сравнению с дооперационным уровнем. Ре-

альная протеолитическая способность желудочного сока до операции была обусловлена пепсином, после КЖВ — гастрексином, как и у здоровых лиц. Суточная динамика кислотопродуцирующей функции желудка приобрела периодичность, характерную для здоровых лиц с наличием трех периодов — межпищеварительного среднего с улучшенной кислотопродукцией (рН 2,4—3,2), пищеварительного (рН 1,4—1,9) и межпищеварительного ночного или периода покоя, когда кислотопродукция угасала (рН 6,5—7,0). Приближался к нормальному вариант выделения гастрина — после приема пищи его концентрация в крови снижалась, когда во время сна она была минимальной (до операции после приема пищи отмечено увеличение концентрации гастрина в крови). Улучшилось органичное кровообращение антрального отдела желудка и сохранялось удовлетворительное кровенаполнение в теле желудка.

По данным электрогастрографии после КЖВ, как изолированной, так и с дренирующими желудок операциями, отмечено урежение ритма колебаний, тонуса желудочной стенки, показатели его сократительной способности существенно не нарушались в базальных условиях и после пищевой нагрузки. Рентгенологически отмечены снижение тонуса в области тела желудка, хорошие перистальтические волны в выходном его отделе и своевременное начало эвакуации. Причем описанная рентгенологическая характеристика моторной и эвакуаторной функций желудка имела как у больных без дооперационных нарушений эвакуации из желудка, так и у больных с выраженным стенозом и значительной экстазией желудка до операции.

По своим характеристикам все изученные показатели были близки к таковым после СПВ и значительно отличались от имевшихся после стволовой ваготомии.

Анализ результатов собственных исследований позволяет высказать мнение о том, что КЖВ имеет ряд неоспоримых преимуществ перед стволовой, а в условиях ургентной хирургии и у лиц старческого и пожилого возраста, а также при тяжелых сопутствующих заболеваниях, когда фактор времени, затраченного на проведение

операции, имеет весьма большое значение, и перед СПВ.

Выводы

1. Комбинированная желудочная ваготомия (передняя селективная проксимальная и задняя стволовая) обеспечивает полноценную денервацию кислотопродуцирующей зоны желудка, сохраняя адекватную иннервацию пилороантральной зоны и привратника.

2. Клинические и функциональные последствия комбинированной желудочной ваготомии приближаются к таковым после селективной проксимальной ваготомии и значительно превосходят их после стволовой ваготомии.

3. Комбинированная желудочная ваготомия может быть рекомендована для применения в условиях ургентной хирургии дуоденальных язв, а также у лиц пожилого и старческого возраста или с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиев М. А. // Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. — Ташкент, 1982. — С. 162—163.
2. Величенко В. М., Мартов Ю. Б. // Здоровоохр. Белоруссии. — 1981. — № 3. — С. 42—44.
3. Величенко В. М., Мартов Ю. Б., Фролов Л. А. и др. // Диагностика и лечение язвенной болезни и гастродуоденитов. — Ростов н/Д., 1985. — С. 97—98.
4. Величенко В. М., Мартов Ю. Б., Сушков С. А. и др. // Съезд хирургов Белоруссии, 11-й: Тезисы докладов. — Витебск, 1985. — С. 31—33.
5. Величенко В. М., Мартов Ю. Б. // Здоровоохр. Белоруссии. — 1985. — № 9. — С. 8—11.
6. Величенко В. М., Мартов Ю. Б., Подолинский С. Г. // Там же. — 1986. — № 2. — С. 51—54.
7. Винниченко А. Г., Елов В. А., Хворостов С. Д. // Хирургия. — 1984. — № 3. — С. 85—87.
8. Датхаев Ю. И., Шалонов П. М. // Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. — Ташкент, 1982. — С. 171—173.
9. Джумабаев С. У., Мехманов А. М., Куритдыков А. Т., Саидходжаева Д. Г. // Там же. — С. 31—32.
10. Крышень П. Ф., Спивак В. П., Кириченко В. И. // Там же. — С. 192—194.
11. Кузин М. И., Постолов П. М., Кузин Н. М. // Хирургия. — 1982. — № 12. — С. 7—14.
12. Лыткин М. И., Горелов Ф. И., Румянцев В. В. // Вестн. хир. — 1979. — № 1. — С. 5—10.
13. Мартов Ю. Б. // Клин. хир. — 1983. — № 4. — С. 77.
14. Мартов Ю. Б. // Эффективность внедрения изобретений и рационализаторских предложений в медицинскую практику. — 1983. — С. 56—58.
15. Мартов Ю. Б., Ашкалов Л. К. // Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. — Л., 1981. — С. 76—79.
16. Мартов Ю. Б., Васильев А. Б. // Здоровоохр. Белоруссии. — 1982. — № 6. — С. 27—30.
17. Мартов Ю. Б. Патогенетическое обоснование выбора метода лечения и реабилитация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Минск, 1985.
18. Мартов Ю. Б., Подолинский С. Г. // Вестн. хир. — 1986. — № 1. — С. 23—26.
19. Матяшин И. М., Войтенко А. А., Завальный Л. Г. // Клин. хир. — 1980. — № 4. — С. 11—15.
20. Помелов В. С., Кулешов С. Е., Графский Н. Д. // Хирургия. — 1981. — № 3. — С. 17—22.
21. Помелов В. С., Булгаков Г. А., Самохвалов А. В. // Хирургия язвенной болезни: Заболевания оперированного желудка. — Ташкент, 1982. — С. 212—213.
22. Постолов П. М., Рустамов Г. А. // Хирургия. — 1982. — № 3. — С. 6—10.
23. Пурмалис В. Р., Велде Я. Я., Буша В. А. // Современные аспекты практической гастроэнтерологии. — Рига, 1979. — С. 47—58.
24. Рустамов Г. А. Влияние селективной проксимальной ваготомии на защитный барьер и кровоток оболочки желудка слизистой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1982.
25. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. — Киев, 1972.
26. Шалимов А. А., Саенко В. Ф., Полинкевич В. С., Ващенко А. Е. // Клин. хир. — 1985. — № 8. — С. 1—4.
27. Шиленок В. Н., Шапко Г. М., Буянов В. В., Лекторов В. Н. // Хирургия. — 1986. — № 10. — С. 37—41.
28. Hill G. L., Barker M. C. J. // Brit. J. Surg. — 1978. — Vol. 65. — P. 702—705.

Поступила 20.01.86

COMBINED GASTRIC VAGOTOMY

V. M. Velichenko, Yu. B. Martov, G. M. Gushkov, S. G. Podolinsky, S. A. Sushkov, L. A. Frolov, V. V. Shvarenok

Analysis of the immediate and late results and the condition of the motor, evacuation, and secretory function of the stomach after combined gastric vagotomy (anterior selective proximal and posterior truncal) performed in 133 patients showed its advantages over truncal vagotomy in emergency surgery of duodenal ulcers as well as in operations on elderly and old-aged persons with severe concomitant diseases. The immediate and late results of combined gastric vagotomy are almost similar to those of selective proximal vagotomy.