

А.А.Курыгин

ВАГОТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ: ЛЕГЕНДЫ И РЕАЛЬНОСТЬ¹

2-я кафедра (хирургии усовершенствования врачей) (нач. — проф. Г.И.Синенченко) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: ваготомия, желудочно-кишечные кровотечения, язва двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, хирургическое лечение.

Ваготомия до внедрения в клиническую практику прошла сложный путь. Причиной сдержанного, часто отрицательного, отношения к этой операции была недостаточная изученность её лечебного эффекта, негативных последствий и способов их предупреждения. Бытовало мнение, что пересечение, как говорили, «главного нерва» приведёт к непоправимым нарушениям в пищеварительной системе человека. В последующем было доказано, что эти сильные опасения оказались всего лишь легендой.

В данной работе следует остановиться на тех частных разделах клинической хирургии, где ваготомия в течение многих лет не нашла широкого применения или не признаётся как метод лечения.

Одним из таких разделов является лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, при которой до сих пор продолжает господствовать паллиативное вмешательство в виде ушивания перфорационного отверстия. Однако известно, что такая операция избавляет от язвы не более 30% больных, в то время как 70% продолжают страдать язвенной болезнью, и почти половина из них нуждаются в повторном хирургическом лечении [12, 17–19]. Что касается резекции желудка, то при данной патологии она считается операцией высокого риска [10, 14]. Аргументами в пользу операции ушивания являются простота исполнения и перитонит, страх перед которым у хирургов воспитан настолько, что они нередко невольно умеренное воспаление брюшины гипертрофируют до такой степени, которая психологически оправдывает отказ от радикального вмешательства. Детальный анализ истории болезни 521 больного, подвергшегося у нас ушиванию перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, показал большие расхождения между оценкой тяже-

сти перитонита дежурным хирургом и данными ретроспективного анализа (табл. 1).

Как видно из приведенных данных, у 39% пациентов указания о перитоните вообще отсутствуют. Если был бы перитонит, то он не остался бы без внимания. Местный перитонит признавался хирургом в 4 раза реже, а реактивная и токсическая фазы разлитого перитонита — соответственно в 1,5 и 3,5 раза чаще, чем по данным ретроспективного анализа. Напрашивается вывод, что большинству этих больных не было оснований для отказа в радикальной операции.

Другая причина отказа от ваготомии, как радикального вмешательства, при перфоративной дуоденальной язве состоит в том, что часто, особенно у молодых людей, перфорируют так называемые «немые» язвы, которые принято считать острыми и при них якобы достаточно одного ушивания, чтобы язва зажила навсегда. Среди наших 2044 больных «немые» язвы наблюдались у 861 (43%) больного [13]. Возникают вопросы — действительно ли перфоративные «немые» язвы так часто бывают острыми и по каким признакам можно судить об их «возрасте». Анамнез в этих случаях — ненадёжный ориентир. По нашим данным, при поступлении больного он отсутствовал у 20% из них, а после операции расспрос тех же больных в спокойной обстановке сократил этот показатель до 3%. Во время операции в 63% наблюдений были видны рубцовые изменения в области язвы вплоть до стеноза двенадцатиперстной кишки, а при гистологическом исследовании иссечённых краёв язвы признаки хронического воспаления установлены у 76% больных [11, 17]. Важно отметить, что такие же данные касаются 1034 больных в возрасте 19–22 лет, из которых у 578 (56%) «немые» перфоративные язвы оказались хроническими [14], в широкой практике их считают острыми и отказываются от ваготомии. Очень важно отметить частоту и тяжесть некоторых наиболее опас-

¹Доложено на 2209-м заседании Хирургического общества Пирогова 11.09.2002 г.

Таблица 1

Оценка тяжести перитонита (n=521)

Тяжесть перитонита	Данные дежурного хирурга, %	Ретроспективный анализ, %
Местный	11,3	45,1
Разлитой:		
реактивная фаза	36,8	50,1
токсическая фаза	12,5	4,4
терминальная фаза	0,4	0,4
Сведения отсутствуют	39,0	—

ных ранних осложнений при простом ушивании перфоративной язвы и ваготомии с пилоропластикой, а также летальность после этих операций. Принципиальной оценки среди таких осложнений заслуживают желудочно-кишечные кровотечения, повторная перфорация язвы, разлитой перитонит и несостоятельность швов, наложенных на двенадцатиперстную кишку (табл. 2).

Почти полное отсутствие указанных осложнений после ваготомии не случайно. Ваготомия всегда сочетается с пилоропластикой, во время которой воспаленные края язвы иссекаются в пределах здоровых тканей, а широкая дуоденотомия позволяет хорошо осмотреть просвет кишки на предмет наличия «зеркальной» язвы, которая при операции ушивания остается незамеченной и может быть источником кровотечения после операции. Что касается летальности, то из 357 больных, подвергшихся ушиванию язвы, умерли 33 (9,2%), из них у 17 причиной летального исхода был перитонит, у 9 — желудочно-кишечное кровотечение (у 5 из 9 — из «зеркальной» язвы), у 7 — различные другие причины. После ваготомии умерли 3 (1,5%) больных, из них 2 — от прогрессирующего перитонита и 1 — от инфаркта миокарда.

Отдаленные результаты после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки прослежены в течение 5–10 лет у 107 больных, рецидив язвы наступил у 58 (54%); после ваготомии прослежены в течение 2–19 лет 202 больных, рецидив язвы установлен у 21 (14%).

Таким образом, стволовая ваготомия при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки по непосредственным и отдаленным результатам значительно превосходит операцию ушивания.

Однако следует заметить, что успехи консервативной терапии язвенной болезни в последнее время могут значительно улучшить результаты ушивания перфоративной язвы, если такое лечение будет систематически проводиться в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Важной проблемой гастроэнтерологии являются язвенные кровотечения. В настоящее время доказано, что ваготомия с прошиванием язвы

Таблица 2

Ранние послеоперационные осложнения

Осложнения	Ушивание язвы (n=357)		Ваготомия (n=205)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Желудочно-кишечные кровотечения	17	4,8	1	0,43
Повторная перфорация язвы	2	0,6	—	—
Несостоятельность швов	5	1,4	—	—
Разлитой перитонит	17	4,8	2	0,97

широко и с большим эффектом применяется при кровоточащей дуоденальной язве. Операционная летальность не выходит за пределы 7–8% [7]. Особой и нерешенной проблемой остаётся лечение желудочных кровотечений на почве диффузного эрозивно-язвенного гастрита. В последнее время разработана довольно эффективная система консервативной терапии данного заболевания. Однако при отсутствии эффекта от такой терапии встаёт вопрос о хирургическом вмешательстве, которое часто ставит хирурга в трудное положение. Прошивание многочисленных источников кровотечения и перевязка артерий желудка в этих случаях сопровождается высокой летальностью [5]. Мы применили различные методы хирургического лечения массивных эрозивно-язвенных желудочных кровотечений у 277 больных. После ушивания язв (n = 102) летальность составила 39% при рецидиве кровотечения у 22% больных. Перевязка артерий желудка в сочетании с прошиванием эрозий (n = 96) осложнилась рецидивом кровотечения у 14,6% больных и летальностью в 45,8%. Резекция желудка (n = 11) закончилась рецидивом кровотечения у 18% больных с летальностью в 36,4%. При ваготомии с пилоропластикой (n = 68) рецидив кровотечения наступил у 4 (6%) больных, а летальность составила 10,3%.

Сотрудниками нашей кафедры [6, 8, 15] в течение многих лет изучался гемостатический эффект ваготомии и было установлено: 1) ваготомия подавляет выработку свободной соляной кислоты и протеолитическую активность желудочного сока; 2) снижает портальное давление; 3) снижает кровоток в слизистой оболочке вследствие преобладания симпатической иннервации сосудистого русла, что приводит к спазму сосудов; 4) ведёт к раскрытию подслизистых артериовенозных шунтов и сбросу крови из слизистой оболочки в подслизистый слой, что приводит к гемостазу при кровотечении из поверхностных эрозий.

Мы не считаем ваготомию во всех случаях диффузного эрозивно-язвенного кровотечения абсолютно эффективным методом лечения. Как

видно, и после ваготомии рецидив кровотечения наблюдался у 6% больных, а летальность составляет 10%. Правда, даже при летальных исходах у ряда пациентов ваготомия обеспечивала устойчивый гемостаз, но они умирали от тяжёлых заболеваний, по поводу которых были оперированы и после которых возникли эрозивно-язвенные кровотечения. Нет сомнения в том, что такой довольно простой и эффективный метод лечения массивных диффузных желудочных кровотечений должны иметь в своем арсенале все хирурги.

Наиболее спорным остается вопрос об использовании ваготомии при язвенных стенозах двенадцатиперстной кишки.

Отрицательное отношение многих хирургов к применению ваготомии при стенозирующих дуоденальных язвах вызвано тем, что после такого вмешательства якобы развивается тяжёлая атония желудка, без того расширенного ещё до операции.

Мы детально изучили этот вопрос и располагаем опытом применения ваготомии у 403 больных со стенозом двенадцатиперстной кишки, из которых у 215 заболевание было в суб- и декомпенсированных стадиях. Было установлено, что атония желудка зависит, как правило, не от существовавшего до операции его расширения и ваготомии, а от неправильного выбора дренирующей операции. Пилоропластика по Гейнеке—Микуличу допустима только при начальной стадии стеноза, а при резко выраженных рубцовых сужениях пилорoduodenального канала наиболее эффективной является пилоропластика по Финнею. У некоторых больных при наличии больших воспалительных инфильтратов в подпечёночном пространстве ваготомии следует сочетать с гастродуоденоанастомозом по Джабулею или гастроеюноанастомозом на короткой петле. На 403 операций, выполненных нами с соблюдением такого принципа, ранняя атония желудка наблюдалась лишь у 5 (1,2%) больных, а нормальная моторно-эвакуаторная функция желудка восстанавливалась в течение ближайших 2 мес, ни у одного из этих больных не потребовалась повторная операция. Послеоперационная летальность составила 1%, умерли 4 человека от тяжелых сопутствующих заболеваний. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1—3 до 20 лет у 353 больных. Рецидив язвы установлен у 20 (6%) больных.

Напомним, что после резекции желудка по поводу дуоденальной язвы частота возникновения пептических язв достигает 4—5%, но при этом наблюдается более высокая летальность, а инвалидность II группы в 8 раз и III — в 6 раз выше, чем после ваготомии [2].

С внедрением ваготомии в клиническую практику произошёл переворот в хирургическом лечении пептических язв желудочно-кишечных соу-

стий. Стволовая ваготомия оказалась самым эффективным методом лечения пострезекционных пептических язв, происхождение которых не связано с синдромом Золлингера—Эллисона и оставленным у двенадцатиперстной кишки участком слизистой оболочки антрального отдела желудка. Такие язвы составляют около 80% от всех пептических язв. В этих случаях отпадает необходимость в ранее предпочитаемых сложных резекциях культи желудка.

Из 106 оперированных нами больных (ваготомия) полное выздоровление достигнуто у 86% из них при летальности 6% [4]. Следует отметить, что в настоящее время хирургическое лечение указанных некоторых форм пептических язв ещё более упрощается за счет торакоскопической наддиафрагмальной ваготомии.

Наконец, необходимо коснуться, пожалуй, самой сложной и нерешённой проблемы гастроэнтерологии — хронического индуративного панкреатита. Речь пойдет по существу о циррозе поджелудочной железы, протекающем с резко выраженным болевым синдромом и нарушением всех её функций. Известно, что это заболевание не поддаётся консервативному лечению, различные вмешательства на поджелудочной железе, в том числе левосторонняя спланхникэктомия, постганглионарная и маргинальная невротомии, дают плохие результаты.

Наше внимание привлекли работы И.П.Павлова [9] о стимулирующем влиянии раздражения блуждающего нерва на внешнюю секрецию поджелудочной железы. Этот феномен реализуется посредством избыточного поступления свободной соляной кислоты в двенадцатиперстную кишку, в результате чего стимулируется секретин-панкреозиминный механизм регуляции внешнесекреторной функции поджелудочной железы и усиливается секреция её ацинозного аппарата. Всё это приводит к застою и гипертензии в протоковой системе и поджелудочной железы и дегенеративно-дистрофическому изменению её паренхимы.

Напрашивается вывод, что успеха в лечении данного заболевания можно добиться стойкой блокадой секретин-панкреозиминного механизма регуляции внешнесекреторной функции поджелудочной железы с помощью парасимпатической денервации на поддиафрагмальном уровне стволовой ваготомией.

Такое вмешательство, как оказалось, имеет три точки приложения на патогенетическую цепь заболевания: прямое тормозящее действие на ацинозный аппарат поджелудочной железы, подавление кислой желудочной секреции и снижение её реакции на сокогонные и пищевые раздражители.

Стволовая ваготомия с пилоропластикой выполнена нами 86 больным с хроническим индур-

тивным панкреатитом с проходимыми протоками поджелудочной железы. Из 85 больных, выписавшихся из клиники, 84 — систематически наблюдались, 67 из них наблюдались более 5 лет, что даёт основание говорить об относительной достоверности результатов лечения. Хорошие результаты получены у 71 (84,5%) больного. Эти пациенты избавились от болей, у них восстановились работоспособность и масса тела. Важно отметить, что оценка трудоспособности проводилась ВТЭК по месту жительства без участия авторов исследования. У 11 (13%) больных результаты лечения признаны удовлетворительными, у 2 (2,4%) — плохими, хотя при психиатрическом обследовании у них установлена психастения с навязчивыми идеями [1, 3, 16]. Умерла одна больная через 2 ч после операции от разрыва аневризмы сосуда головного мозга.

Выводы. 1. Полученные нами результаты применения ваготомии в нестандартных ситуациях хирургической гастроэнтерологии, воспринимаемых многими как легенда, не случайны. Они основаны на наших многолетних глубоких физиологических, гистохимических, иммунологических и микробиологических исследованиях в эксперименте и клинике.

2. Дополнительно отметим следующее. Любая функциональная система достигает оптимального приспособительного результата при условии своей целостности, обеспечивающей взаимодействие всех её элементов. В свете этого положения хирургия должна стремиться к максимальному сохранению массы элементов системы. Поэтому сейчас все больше и больше утрачивается смысл бытующего в прежние времена афоризма: «Большие хирурги делают большие разрезы». Эффект лечения должен достигаться за счет органосберегающих операций, разрабатываемых совместно с физиологами, патофизиологами, анестезиологами, терапевтами и другими специалистами.

3. Все сказанное дает нам моральное право рекомендовать ваготомию в ряде частных разделов абдоминальной хирургии и нестандартных ситуациях хирургической гастроэнтерологии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит. — СПб.: Питер, 2000. — 310 с.
2. Власов В.С., Курыгин А.А., Семёко Л.А. Трудоспособность больных после резекции желудка и ваготомии по поводу язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 1980. — № 9. — С. 25–28.
3. Курыгин А.А., Курыгин Ал.А., Серова Л.С., Смирнов А.Д. Ваготомия в нестандартных ситуациях абдоминальной хирургии. — СПб.: Гиппократ, 1997. — 160 с.
4. Курыгин А.А., Лебедев Н.Н., Багненко С.Ф., Курыгин Ал.А. Послеоперационные желудочно-кишечные язвы. — СПб.: Питер, 2004. — 168 с.

5. Курыгин А.А., Скрябин О.Н. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы. — СПб.: Сфинкс, 1996. — 370 с.
6. Лебедев Н.Н. Влияние стволовой ваготомии и перевязки сосудов желудка на портальное давление: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1993. — 20 с.
7. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: Руководство для врачей / Под ред. А.А.Курыгина, Ю.М.Стойко, С.Ф.Багненко. — СПб.: Питер, 2001. — 480 с.
8. Осипов И.С. Внутривентрикулярный протеолиз у больных в ранние сроки после операций на органах брюшной полости и его роль в патогенезе острых язв желудка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1991. — 22 с.
9. Павлов И.П. Лекции о работе главных пищеварительных желез (1897) // Полн. собр. соч. — Т. 11, кн. 2. — М.—Л.: АН СССР, 1951. — 292 с.
10. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложнённых дуоденальных язвах. — М.: Медицина, 1979. — 159 с.
11. Перегудов С.И. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1998. — 38 с.
12. Сацукевич В.Н. Острые осложнения гастродуоденальных язв (факторы риска, хирургическое лечение, оценка послеоперационного состояния): Дис. ... д-ра мед. наук. — Л., 1987. — 491 с.
13. Сацукевич В.Н., Курыгин А.А., Шулика А.С. Хирургическое лечение «немых» язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённых перфорацией // Вестн. хир. — 1987. — № 6. — С. 21–23.
14. Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. — М.: Либерия, 1999. — 416 с.
15. Скрябин О.Н. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы (патогенез, диагностика, профилактика и лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1994. — 35 с.
16. Смирнов А.Д. Хирургическое лечение хронического рецидивирующего фиброзного панкреатита, кист поджелудочной железы и наружных панкреатических свищей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1995. — 45 с.
17. Шулика А.С. Ваготомия с дренирующими желудок операциями при перфорации язв двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1993. — 21 с.
18. Goligher J., Pulvertaft C.N., Irvin T.T. et al. Five-to-eight year results of truncal vagotomy and pyloroplasty for duodenal ulcer // Brit. Med. J. — 1972. — Vol. 1, № 5791. — P. 7–13.
19. Jarrett F., Donaldson G.A. The ulcer diathesis in perforated duodenal ulcer disease // Amer. J. Surg. — 1972. — Vol. 123, № 4. — P. 406–410.

Поступила в редакцию 15.03.2006 г.

A.A. Kurygin

VAGOTOMY IN SURGICAL GASTROENTEROLOGY: LEGENDS AND REALITY

The work has shown high effectiveness of vagotomy in a number of diseases. In 2565 patients with perforated duodenal ulcer operation of suturing finished with lethal outcome in 9.2% of cases and recurrent disease in 54% of patients. After vagotomy the results were 1.5% and 14% respectively. In 277 patients with massive bleeding due to erosive gastritis lethality after different operations was 39–46%, after vagotomy — 10.0%. After 403 vagotomies for decompensated stenosis of the duodenum atony of the stomach developed in 1.2% of patients, recurrent ulcer appeared in 6%, lethality was 1%. Vagotomy proved to be effective for peptic ulcers of the jejunum (106 patients) in 86% of cases, for chronic indurative pancreatitis (86 patients) in 97% of cases, lethality was 1.2%.