

© В.Г.Лубянский, В.Н.Шевченко, 2007  
УДК 616.33-089.87-06:616.33-002.44-089:616.833.191-089.85

В.Г.Лубянский, В.Н.Шевченко

## ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ВАГОТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Клиника госпитальной хирургии (зав. — проф. В.Г.Лубянский) ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул

**Ключевые слова:** пептическая язва, гастроэнтероанастомоз, хирургическое лечение, ваготомия, хронический панкреатит.

**Введение.** Пептическая язва гастроэнтероанастомоза после резекций желудка составляет 0,5–10% от общего числа больных с болезнями оперированного желудка [3, 4, 6]. Среди причин возникновения пептической язвы гастроэнтероанастомоза общепризнанными считаются недостаточная по объёму резекция желудка, доминанта блуждающего нерва в регуляции желудочной секреции, синдром Золлингера–Эллисона [3].

**Материал и методы.** В течение последних десяти лет в клинике было обследовано 130 больных с пептической язвой гастроэнтероанастомоза и отводящей петли после резекции желудка. Консервативное лечение проведено 66 (56,4%) больным. Хирургическое лечение предпринято у 51 (43,6%), из них у 29 (56,9%) выполнена реконструктивная резекция желудка по поводу стенозирующей или пенетрирующей язвы гастроэнтероанастомоза. В последние годы в связи с применением современных методов консервативной терапии, включающих подавление кислотопродукции и эрадикацию *Helicobacter pylori*, этих осложнений пептической язвы мы не встречали. Применение сберегательных технологий в этой ситуации представляется оправданным.

Нами проведён анализ результатов обследования и лечения 22 больных, которым была выполнена видеоторакоскопическая стволовая ваготомия. Среди них мужчин было 20, женщин — 2. Средний возраст составил (45±2,55) года.

Больным были выполнены гастроскопия с гистологическим исследованием слизистой оболочки культи желудка на наличие геликобактерной инфекции, рентгеноскопия культи желудка с пассажем бария по кишечной петле, исследование кислотопродуцирующей функции желудка методом внутрижелудочной рН-метрии. Наряду с этим, изучали содержание сывороточного гастрина, проводили ультразвуковое исследование, компьютерную томографию поджелудочной железы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнено на аппарате SOWOLIWE Elegra с использованием трансабдоминального датчика с частотой 3,5 МГц. При оценке эхографической картины мы использовали следующие показатели: размеры, эхоплотность, форма, эхоструктура, контуры поджелудочной железы, диаметр протока поджелудочной железы. При проведении компьютерной томографии (КТ) определяли форму, размеры, структуру, взаиморасположение соседних органов, плотность ткани. Сывороточный гастрин определяли с помощью диагностической тестовой системы GastroPanel компании «БИОНТ».

Период между первичной резекцией желудка и появлением пептической язвы гастроэнтероанастомоза составил 8 лет. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза возникла у 15 больных после резекции желудка по Бильрот-II, у 3 — по Бильрот-I, у 4 — по Ру. Первичная резекция по поводу дуоденальной язвы выполнена 18 больным из 22, по поводу язвы желудка — 4.

Наличие болевого синдрома в эпигастральной области, связанного с приёмом пищи, выявлено у 15 из 22 больных, кровотечение в анамнезе регистрировалось у 17.

При проведении эзофагогастроскопии хроническая язва в области гастроэнтероанастомоза обнаружена у 14 из 22 больных, в отводящей петле — у 8 (36%). Средний размер язвенного дефекта составил (0,6±0,08) см. Энтерogaстральный рефлюкс выявлен у 13, геликобактерная инфекция — у 3. Большинство пациентов ранее были оперированы в клинике, поэтому размеры культи желудка, по данным рентгеноскопии, свидетельствовали о достаточной по объёму первичной резекции желудка.

При проведении КТ поджелудочной железы больным с пептической язвой гастроэнтероанастомоза получены следующие результаты. Уплотнение ткани выявлено у 3 больных, неровные контуры зарегистрированы также у 3, неоднородная структура паренхимы поджелудочной железы выявлена у 6, кальцинаты в паренхиме органа — у 2. Размеры поджелудочной железы составили в области головки (25±0,94) мм, в теле — (19,6±1,69) мм, в области хвоста — (15,9±1,10) мм. При проведении УЗИ поджелудочной железы её размеры оказались близкими к полученным по данным КТ и составили в области головки (25,5±0,88) мм, в теле — (20,2±1,17) мм, в области хвоста — (14,7±1,57) мм. Эти данные оказались сопоставимы с размерами поджелудочной железы у неоперированных больных с низкой дуоденальной язвой, однако у 7 больных регистрировалось уменьшение поперечного размера тела и хвоста поджелудочной железы, наличие кальцинатов и расширение протока поджелудочной железы, свидетельствующее о хроническом постгастрорезекционном панкреатите. Нами не выявлены признаки аденомы поджелудочной железы. Напротив, по сравнению с больными с дуоденальными язвами обнаружено уменьшение размеров тела и хвоста поджелудочной железы.

При проведении рН-метрии средний показатель рН в культе желудка составил 1,5±0,21. Признаки энтерogaстрального рефлюкса зарегистрированы у 7 больных. Атропиновый тест оказался положительным только у 3 пациентов, отрицательным — у 7 [2].

При исследовании сывороточного гастрина у больных с пептической язвой гастроэнтероанастомоза установлено, что его уровень составил (5,6±0,51) пмоль/л. Для сравнения была исследована группа неоперированных пациентов с язвой

двенадцатиперстной кишки у них уровень сывороточного гастрина составил ( $15,2 \pm 3,79$ ) пмоль/л [5].

Таким образом, уровень сывороточного гастрина оказался ниже по сравнению с больными с дуоденальной язвой, что позволило исключить диагноз синдрома Золлигера—Эллисона.

Показаниями к хирургическому лечению пептической язвы гастроэнтероанастомоза методом торакоскопической стволовой ваготомии явилось наличие кровотечения в анамнезе и рецидивирование язвы. Отсутствие таких осложнений, как стеноз, пенетрация, желудочно-ободочный свищ, малигнизация, обуславливало возможность применения малоинвазивных технологий.

Левосторонняя торакоскопическая стволовая ваготомия проведена у 19 из 22 больных, у 3 — хирургическое лечение из правостороннего доступа. Торакоскопическую ваготомию выполняли под эндотрахеальным наркозом. В культю желудка устанавливали толстый зонд для освобождения его от воздуха, жидкости и для идентификации стенок пищевода. В сложных ситуациях использовали эзофагогастроскоп с целью выполнения трансиллюминации. Техника операции включала введение троакаров в третьем, четвертом и седьмом межреберьях. После создания пневмоторакса, введения троакаров и ревизии органов грудной клетки проводили основной этап операции. При выполнении манипуляции использовали лапароскоп с боковой оптикой. Лёгкое смещали ретрактором вверх и вперёд. При отведении лёгкого происходит натяжение лёгочно-плевральной связки, которую пересекали L-образным электродом. Поочерёдно выделяли стволы блуждающих нервов специальным крючком-подъёмником и стволы блуждающих нервов пересекали. После обработки основных стволов таким же образом обрабатывали имеющиеся дополнительные стволы. Операцию заканчивали дренированием плевральной полости [1, 7].

**Результаты и обсуждение.** Среди послеоперационных осложнений следует отметить возникновение хилоторакса у 1 больного, оперированного правосторонним доступом в начальном периоде работы.

При обследовании в ближайшем послеоперационном периоде по результатам контрольной гастроскопии у 16 больных выявлено рубцевание язвы. У 5 — зарегистрировано уменьшение размеров язвенного дефекта, у 1 — язва осталась прежней. Энтерогастральный рефлюкс выявлен у 9 человек. При проведении контрольной рН-метрии средний базальный показатель рН составил  $2,7 \pm 0,49$ , что оказалось достоверно выше, чем до операции ( $p < 0,05$ ). Изучив данные рентгенологического исследования, установили, что гипокинезия культи желудка имела у всех больных, замедление эвакуации — у 3.

В отдалённые сроки обследовано 9 пациентов. При проведении гастроскопии рецидив пептической язвы обнаружен у 2 из них. У одного больного после проведения консервативного лечения язва зарубцевалась, второму была проведена реконструктивная резекция культи желудка по Ру.

Исследование сывороточного гастрина в дополнение к сканирующим методам в нашей работе не выявило признаков синдрома гипергастринемии. В то же время признаки хронического постгастрорезекционного панкреатита,

обнаруженные у 7 больных, свидетельствовали о возможной его роли в патогенезе формирования пептической язвы.

Положительный эффект лечения пептической язвы гастроэнтероанастомоза методом торакоскопической стволовой ваготомии достигается в результате снижения секреции соляной кислоты. Наряду с этим, спазмолитическое действие на гладкомышечную мускулатуру панкреатобилиарного тракта, по-видимому, приводит к лучшему оцелачиванию зоны анастомоза, что характеризуется возрастанием степени энтерогастрального рефлюкса после операции [3].

**Выводы.** 1. Видеоторакоскопическая стволовая ваготомия позволяет получить хороший результат в лечении пептической язвы гастроэнтероанастомоза с минимальным операционным риском и травматичностью.

2. Выполнение торакоскопической стволовой ваготомии из левостороннего доступа является более предпочтительным, так как при этом ваготомия осуществляется на более низком уровне, что предотвращает пересечение ветвей, идущих к органам средостения.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Балалыкин А.С., Давыдов А.А., Исаев А.Ф. и др. Применение торакоскопической ваготомии в оперативном лечении пострезекционных пептических язв // Эндоскоп. хир.—2001.—№ 5.—С. 27–31.
2. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Клоков С.С. и др. Оперированный желудок: анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования.—Новосибирск: Наука, 2002.—240 с.
3. Курыгин А.А., Румянцев В.В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии.—СПб.: Гиппократ, 1992.—230 с.
4. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии.—М., 1973.—328 с.
5. Ситенко В.М., Самохвалов В.И., Курыгин А.А. Лечение ваготомией язвы двенадцатиперстной кишки и пептических язв после гастроэнтеростомии и резекции желудка // Вестн. хир.—1969.—№ 3.—С. 34–41.
6. Bambach C.P., Coupland G.A., Cumberland V.H., Lorang M.E. Surgery for recurrent peptic ulceration // Aust. N. Z. J. Surg.—1978.—Vol. 48, № 2.—P. 141–147.
7. Gulla P., Tassi A., Cirocchi R., Longaroni M.J. Thoracoscopic truncal vagotomy // Cardiovasc. Surg.—2000.—Vol. 41, № 6.—P. 941–943.

Поступила в редакцию 26.01.2007 г.

V.G.Lubyansky, V.N.Shevchenko

#### VIDEOTHORACOSCOPIC VAGOTOMY IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER OF THE GASTROENTEROANASTOMOSIS AFTER RESECTION OF THE STOMACH

Treatment of 130 patients with peptic ulcer of the gastroenteroanastomosis after resection of the stomach included operation by the method of videothoracoscopic truncal vagotomy (22 patients), left-side videothoracoscopic truncal vagotomy (19 patients), and operation from the right-side access (3 patients). Cicatrization of the ulcer in the postoperative period was obtained in 16 patients. Recurrent peptic ulcer was revealed in 2 patients. There were no lethal outcomes.