

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ВТОРОЙ МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ Н. И. ПИРОГОВА**

**Лауреат Государственной премии СССР
член-корреспондент АМН СССР Ю. М. Панцырев**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЙ
ЯЗВЫ
(Достижения и нерешенные вопросы)**

Москва — 1989

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ВТОРОЙ МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ Н. И. ПИРОГОВА**

**Лауреат Государственной премии СССР
член-корреспондент АМН СССР Ю. М. Панцырев**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЙ
ЯЗВЫ
(Достижения и нерешенные вопросы)**

Москва — 1989

**ЛЕКЦИЯ
К АКТОВОМУ ДНЮ**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

(достижения, нерешенные вопросы)

Проблема язвенной болезни в настоящее время полностью сохраняет свою актуальность как в теоретическом, так и практическом отношении. Несмотря на огромное число отечественных и зарубежных работ по данной теме, многие принципиальные вопросы патогенеза, клиники и лечения, консервативного и хирургического, остаются во многом спорными и не вполне ясными.

Язвенная болезнь относится к числу весьма широко распространенных заболеваний. Достаточно сказать, что эту патологию обнаруживают у 10—15% мужчин и 4—15% женщин в странах Западной Европы и Северной Америки (Vodeman G. с соавт. 1980; Braun G. 1983; Jensensen D. M. 1984 и др.). К примеру, в ГДР (Берлин), по данным Berndt (1975), язвенная болезнь встречается у 6% взрослого населения города. В США язвенной болезнью страдают 20 млн человек, из которых около 100 тыс. больных ежегодно подвергаются оперативному лечению и 6 тыс. человек умирает от различных осложнений этого заболевания (Roth H. P. 1980).

В нашей стране, по данным В. М. Успенского (1982), под диспансерным наблюдением находится свыше 1 млн больных язвенной болезнью. Заболеваемость этим недугом в СССР составляет в среднем 5,1—5,7 на 1000 населения (И. Т. Абасов, О. С. Радбиль, 1980). Кроме того, необходимо иметь в виду, что показатели распространенности язвенной болезни в действительности нередко значительно выше тех, что определяются по данным обращаемости больных (А. С. Логинов, 1980; Мансуров и соавт. 1987 и др.).

Вместе с тем в последнее время стали появляться сообщения о некотором снижении частоты язвенной болезни в ряде крупных капиталистических стран (Kurata J. H., 1982; и др.). Так, M. J. S. Langman (1980), M. Susser (1982) обнаружили тенденцию к снижению заболеваемости язвенной болезнью в Великобритании и смертности от нее за последние 20 лет. J. D. Elashoff с соавт. (1980), основываясь на данных санитарной статистики США, отметили за истекшее десятилетие снижение смертности от пептических гастродуоденальных язв. В то же время указанным авторам не удалось выявить уменьшение числа случаев осложнений язвенной болезни — перфорации и кровотечения. Наоборот, количество их увеличилось

(Navarra 1981; Sturniolo с соавт. 1983; Mc Guire с соавт. 1986 и др.).

Среди населения СССР за прошедшее десятилетие, к сожалению, отмечается некоторое повышение заболеваемости язвенной болезнью (А. С. Логинов, 1980; Г. И. Дорофеев, В. М. Успенский, 1984).

Хроническое течение заболевания с частыми рецидивами и развитием почти у половины больных грозных осложнений делает проблему диагностики и лечения язвенной болезни актуальной не только с медицинских позиций, но и социальных.

В США, Нидерландах и Швеции около 1,5% всех потерянных на производстве человеко-дней связаны с временной нетрудоспособностью в связи с обострением язвенной болезни; только в США по этой причине ежегодно теряется 8,6 млн человеко-дней (Iensen M. D. 1984). Общие затраты на лечение больных язвенной болезнью в Швеции, например, составляют 480 млн крон (Jönsson B. 1980).

Основным методом лечения дуоденальной язвы в настоящее время безусловно является консервативный, который дает вполне удовлетворительные непосредственные результаты. При правильно построенном курсе лечения с использованием современных лекарственных средств заживления язвы можно добиться примерно у 80% больных. Разработка, внедрение и широкое использование таких групп препаратов, как H_2 -блокаторы (теперь уже третьего поколения), пирензепин, омепразол и др. существенно повысили эффективность консервативного лечения. Первые вполне обнадеживающие результаты их применения послужили основой формирования позиции медикаментозной терапии, альтернативной хирургическим методам лечения. Так, например, Е. С. Рысс и Ю. И. Физшон-Рысс (1989) пишут: «Касаясь хирургического лечения язвенной болезни, отметим, что возможность использования эффективных фармакологических воздействий способствовали в ряде стран существенному уменьшению оперативных вмешательств (заметим — по поводу хронической язвы). Подобную закономерность правомерно ожидать и в нашей стране».

Однако, Высший судья — жизнь показывает, что пока остается справедливым старый афоризм — «Язвенный больной — навеки язвенный больной». Более или менее стойкие положительные результаты современной комплексной терапии наблюдаются лишь у 35—40% больных (В. Х. Василенко, 1987). Кроме того, почти у половины больных с течением времени развиваются опасные для жизни осложнения, что заставляет прибегать к хирургическим методам лечения. И, наконец, еще немного данных об экономической стороне вопроса. Весьма иллюстративными нам кажутся результаты Ю. М. Полоуса и соавт. (1986), исследовавших клиническую и экономическую эффективность консервативного и хирургического методов лечения больных с

хронической дуоденальной язвы. В основу оценки были положены отдельные результаты лечения и связанные с ними экономические потери. Непосредственные расходы на консервативное лечение были в 2,5 раза ниже расходов на хирургическое лечение. Однако через 3 года они полностью окупились и за период дальнейшего наблюдения расходы на лечение рецидивов и осложнений заболевания в терапевтической группе больных более, чем в десять раз превышали экономические потери, обусловленные лечением оперированных больных.

Таким образом, вопросы развития хирургии язвенной болезни по-прежнему остаются актуальными, и хирург-гастроэнтеролог, по крайней мере в обозримом будущем, не имеет перспектив расстаться с этой патологией.

Чем же располагает сегодня хирургия дуоденальной язвы? Трудные и порой противоречивые пути ее развития подробно освещены во многих монографиях последних лет, в том числе вышедших и из нашей клиники.

Нет необходимости возвращаться к эпохе зарождения хирургических методов лечения язвенной болезни и ее осложнений, эре гастроэнтеростомии и критике ее недостатков, острой борьбе сторонников этой операции с пропагандистами резекции желудка.

За сравнительно короткое время резекция желудка прошла сложный путь и в 30-х годах утвердилась как наиболее надежное и обоснованное оперативное вмешательство при язвенной болезни. Логическим завершением этого этапа развития язвенной хирургии явились работы С. С. Юдина и прежде всего его знаменитые «Этюды желудочной хирургии».

Последующие три десятилетия составили этап углубленного изучения последствий резекции желудка. За это время стала очевидной стабильно высокая послеоперационная летальность (в среднем по стране около 5%), накопились данные, опровергающие утверждения энтузиастов и пропагандистов этой операции о 90—95% отличных и хороших результатов ее применения. Наиболее значимые, фундаментальные исследования в этом направлении были выполнены А. А. Бусаловым и соавт. (1951, 1966); Ю. Е. Березовым и соавт. (1974); а также в нашей клинике — В. С. Маятом и Ю. М. Панцыревым (1973, 1975). Их результаты легли в основание поиска новых путей в хирургии язвенной болезни.

Наиболее плодотворным направлением, как показало время, явилась разработка и внедрение в хирургию дуоденальной язвы органосохраняющих операций с ваготомией. Если не затрагивать предисторию, которую характеризуют изучение анатомии и физиологии блуждающих нервов, первый шаг развития операций с ваготомией условно можно ограничить 1911—43 гг. В это время были сделаны робкие попытки клинического применения ваготомии при различных заболеваниях желудка, в том числе

и при язвенной болезни (Н. А. Подкаминский, 1925; Exner 1911; Bircher 1912, 1920; Latarjet 1912 и др.). Интерес к этому оперативному вмешательству значительно возрос после работ Dragstedt с соавт. (1943, 1945, 1950, 1952), которые представили достаточно убедительные экспериментальные данные, обосновывающие ваготомию, и самый большой клинический материал. Исследования выявили резкое снижение после ваготомии секреции соляной кислоты у больных язвой двенадцатиперстной кишки. Иногда наблюдаемые в послеоперационном периоде нарушения эвакуации из ваготомированного желудка становились причиной последующего постепенного увеличения кислотопродукции, но уже вследствие вторичной гормональной стимуляции секреции. Еще у первой группы оперированных Dragstedt наблюдал не только выраженные нарушения эвакуации из желудка, но и образование пептических язв.

Отечественные хирурги отнеслись к этой операции более осмотрительно. Изолированная стволовая ваготомия была апробирована в нескольких клиниках у небольшого числа больных. Наибольшим опытом располагали клиники, руководимые А. Н. Бакулевым (101 операция) и А. Н. Филатовым (64 операции). Очень скоро большинство отечественных хирургов на основании изучения непосредственных и отдаленных результатов операции высказались отрицательно об изолированной ваготомии.

На этом фоне известным диссонансом прозвучали работы А. Н. Бакулева, А. Н. Филатова, М. И. Перельмана. А. Н. Бакулев (1948), обладавший наибольшим опытом применения ваготомии в стране, увидел перспективы в сочетании этой операции с гастроэнтеростомией, улучшавшей эвакуацию из желудка, определил ряд показаний к вмешательствам с ваготомией, сохранивших свое значение и в настоящее время. В дальнейшем вопросы ваготомии в хирургии язвенной болезни продолжали с успехом разрабатываться этой школой хирургов, возглавляемой академиком В. С. Савельевым.

Справедливо однако заметить, что и зарубежные хирурги, столь активно откликнувшиеся на призывы Dragstedt, очень скоро разочаровались в результатах изолированной ваготомии. Уже в 1945 г., через 2 года после опубликования своей первой работы об изолированной ваготомии, Dragstedt пришел к заключению о необходимости сочетать ваготомию с гастроэнтеростомией, предотвращающей желудочный стаз.

К концу 50-х, началу 60-х годов закончился второй период в истории ваготомии. В это время наиболее распространенной операцией в хирургии язвенной болезни оставалась резекция желудка. Однако, наметилась определенная тенденция к изменению во взглядах на принципы хирургического лечения дуоденальной язвы. При этой патологии широко стали применяться органосохраняющие операции с ваготомией — стволовой и се-

лективной, денервирующей только желудок и не нарушающей нервной регуляции других органов брюшной полости (Jacksou, 1947; Frankssou, 1948).

Современный вариант селективной ваготомии весьма напоминает операцию, разработанную и выполненную в 1948 г. Л. З. Франк-Каменецким в клинике госпитальной хирургии 2-го ММИ, руководимой В. С. Левитом.

С начала 60-х годов число операций с ваготомией, выполненных в мире, неуклонно возрастает. Идет анализ непосредственных, накапливается опыт отдаленных результатов, определяются слабые и сильные стороны этих оперативных вмешательств. Пропагандистами органосохраняющих операций с ваготомией в нашей стране стали немногие клиники Москвы, Ленинграда, Киева, Новокузнецка, Прибалтийских республик, но среди них прежде всего необходимо выделить ведущие хирургические клиники нашего института, возглавляемые В. С. Савельевым, В. С. Маятом, Ю. Е. Березовым.

Первый опыт клинической апробации операций с ваготомией был обобщен в Актовой речи Героя Социалистического Труда профессора В. С. Маята «Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки» в 1970 г.

Программные доклады В. С. Маята, В. С. Савельева, Ю. Е. Березова, Ю. М. Панцырева на XXIX Всесоюзном съезде хирургов по сути пробили дорогу распространению органосберегающих операций с ваготомией в нашей стране (1974).

Дальнейшим шагом в разработке методов хирургического лечения язвенной болезни явился новый вид ваготомии — селективная проксимальная (СПВ) — экспериментально обоснованный в 1957 г. Griffith и Harkins, но в клиническую практику вошедший лишь в 1964 г. (Holle, Hart).

Первоначально СПВ, предусматривающая денервацию лишь кислотопродуцирующей зоны, применялась в сочетании с дренирующими желудок операциями. Использование изолированной СПВ для лечения неосложненной формы язвенной болезни было предложено Amdrup и Jensen в 1970 г.

СПВ быстро получила широкую поддержку и распространение. Подкупали прежде всего патофизиологическая обоснованность операции, минимальная травматичность, блестящие функциональные результаты. Казалось, найден идеальный метод хирургического лечения дуоденальной язвы, позволяющий значительно подавить секрецию желудка и сохранить его моторно-эвакуаторную функцию. Но для истинной оценки операции, как показывает жизнь, необходимы годы и значительный клинический опыт. Только сейчас СПВ, пройдя периоды становления и «юношеской увлеченности», породившие весьма противоречивые сведения о ней, подошла к совершеннолетию и появились возможности дать ей объективную оценку.

Таким образом, характеризуя сегодняшний день хирургии язвенной болезни, можно сказать, что он посвящен углубленному изучению накопленного клинического опыта применения целого спектра различных операций с ваготомией и, в первую очередь,— СПВ.

Осуществление этой задачи позволит реально, вооружившись точными знаниями, а не основываясь на предположениях и эмоциях, подойти к осуществлению принципа индивидуального решения вопроса о показаниях к хирургическому лечению и выборе метода оперативного вмешательства.

Опыт клиники, длительное время скрупулезно работающей в этом направлении, накопленный за последние почти два десятилетия, лег в основу настоящего сообщения.

КЛИНИКО-ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ОПЕРАЦИЙ С ВАГОТОМИЕЙ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

Согласно современным представлениям, механизм язвообразования как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке сводится к нарушению равновесия между факторами агрессии желудочного сока и защиты слизистой оболочки этих органов. Соответственно этому положению этиологическими могут считаться факторы, способные либо усиливать кислотно-пептические свойства желудочного содержимого (повышать секрецию соляной кислоты, пепсина, нарушать моторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки), либо ослаблять устойчивость слизистой оболочки гастродуоденальной области (повреждать защитный слизистый барьер, подавлять процессы регенерации, нарушать кровообращение в слизистой оболочке и т. д.). К числу таких моментов, этиологическая роль которых в язвообразовании подтверждена многочисленными экспериментальными и клиническими наблюдениями, единодушно относят нервно-психические, наследственные факторы, алиментарные погрешности, вредные привычки, использование ulcerогенных лекарственных средств. Значение каждой из перечисленных групп факторов хорошо известно и нет нужды останавливаться на них более подробно.

За более чем полуторавековую историю учения о язвенной болезни было предложено множество теорий ее этиопатогенеза.

Как старые теории (механическая, кислотно-пептическая, воспалительная, сосудистая, кортиковисцеральная, неврогенная и др.), так и современные патогенетические концепции, рассматривающие процессы нарушения кислотообразования и защиты слизистой уже на клеточном уровне (обратной диффузии H^+ , нарушенного слизиобразования, ДГР желчи, нейроэндокринных сдвигов и т. д.), не позволяют с какой-то одной позиции убедительно объяснить происхождение язвенной болезни. Каждая из

них, однако, содержит какое-то рациональное звено и может быть использована в построении схемы патогенеза язвенной болезни.

Неоднозначность ведущих механизмов патогенеза в каждой конкретной ситуации подтверждается клинической практикой, подводящей к мысли о диссоциации самого понятия «язвенная болезнь». Уже давно очевидны и никем не оспариваются этиопатогенетические, клинические и функциональные различия язв, локализирующихся в желудке и двенадцатиперстной кишке и эти варианты патологии рассматриваются как два разных заболевания.

Язвы пилорического канала (язвы привратника) также занимают особое место среди гастродуоденальных язв (4,4—7,6% всех больных язвенной болезнью). Упорное рецидивирующее течение, короткие нестойкие ремиссии, частые осложнения кровотечением и стенозированием, возможность малигнизации (и все это на секреторном фоне, характерном для дуоденальных изъязвлений) — таковы особенности их клинических проявлений. Накопленный опыт применения органосохраняющих операций с ваготомией при такой локализации язв показывает их существенно более низкую эффективность, чем при дуоденальной язве. Кроме других данных этот факт может служить доказательством различий генеза язв пилорического канала от язв дуоденальной локализации.

Наконец, даже заболевание с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке сейчас представляется далеко не однородной патологией. Здесь необходимо указать на особенности течения болезни в зависимости от пола. Дуоденальные язвы развиваются на различном секреторном фоне и гипацидность в такой ситуации является далеко не редкостью (по нашим данным — 14,8%). Наряду с классической клинической картиной и течением дуоденальной язвы, у пятой части больных (15—20%) заболевание протекает в упорной, как бы «злокачественной» форме, не поддается даже самым современным комплексам терапии, быстро перерастая в одно из жизнеопасных осложнений. В такой ситуации возникает мысль о гормональной природе заболевания, что требует исключения патологии щитовидной и паращитовидной желез, аденомы поджелудочной железы, антральной Ж-клеточной гиперплазии и т. п.

Выделяются своим течением и патогенетическими особенностями дуоденальные язвы, сочетающиеся с клиническими проявлениями т. н. «рефлюксной болезни» — рефлюкс-гастрита и рефлюкс-эзофагита.

Особые варианты болезни составляют язвенные поражения двенадцатиперстной кишки, развивающиеся в юношеском и старческом возрасте.

Таким образом, заболевание, характеризующееся по сути единым морфологическим субстратом — язвой двенадцатиперст-

ной кишки, при ближайшем рассмотрении оказывается весьма гетерогенным, требующим тщательного осмысления причин его возникновения в каждом конкретном случае. От этого во многом, если не целиком, должен зависеть выбор метода лечения, а обоснованность такого выбора предопределяет перспективы выздоровления.

С тех пор, как в 1910 г. К. Schwarz, главный врач госпиталя братьев милосердия в Аграме (Загреб), выдвинул известный тезис — «без кислоты не бывает язвы», внимание ученых на протяжении всех последующих лет было в значительной мере приковано к изучению секреторной функции желудка у таких пациентов.

Результаты огромного числа исследований показали, что у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки отмечается, как правило, значительное повышение секреторной активности желудка по сравнению со здоровыми людьми. Именно это положение легло в основу пептической теории ульцерогенеза. Однако сам термин «кислотнопептический фактор», несмотря на свою широкую употребимость в литературе, тем не менее не бесспорен, им как бы уравнивается воздействие соляной кислоты и пепсина, отождествляется их роль в генезе язвобразования. Однако многочисленными экспериментальными исследованиями и коллективным клиническим опытом доказано, что главным повреждающим фактором является соляная кислота, а пепсин (в более широком понимании — ферментативные системы желудка) лишь закрепляют результаты ее воздействия.

Вопрос о возможных механизмах гиперсекреции соляной кислоты у больных дуоденальной язвой до сих пор продолжает оставаться крайне сложным и не вполне выясненным.

Одной из ведущих причин гиперсекреции у таких пациентов является гиперплазия париетальных клеток слизистой оболочки желудка. В работах W. J. Card, J. N. Marks (1960), M. Kokki с соавт. (1980), так же, как и в наших исследованиях (Г. А. Нежданова, 1974—78), показано, что повышение желудочного кислотообразования прямо зависит от увеличения массы обкладочных клеток. При дуоденальной язве число кислотообразующихся элементов примерно в 1,8 раза выше, чем у здоровых лиц, а при медиогастральной несколько ниже и составляет 0,8 от их нормального количества. Последнее же равно у мужчин 1,09, а у женщин — 0,82 биллиона.

Наблюдаемое у больных дуоденальной язвой увеличение числа париетальных клеток находит объяснение с двух точек зрения. Согласно одной из них гиперплазия фундальной слизистой зависит от усиления ее трофической стимуляции, что может быть вызвано как повышением вагального тонуса (Dragstedt, 1956), так и гиперпродукцией гастрина (Varro, 1968).

Вторая точка зрения заключается в признании возможности генетической обусловленности избыточного развития слизистой

оболочки желудка. При этом, однако, наследственная основа, включающая в себя аутосомно-доминантный тип передачи и корреляцию с повышенным уровнем пепсиногена-1 в сыворотке крови (своеобразным маркером фундальной слизистой), прослеживается далеко не у всех больных (Rotter J. J., 1979).

Гиперфункция париетальных клеток слизистой оболочки желудка реализуется сложными механизмами регуляции кислотообразования.

Существует несколько путей регуляции функциональной активности париетальных клеток (Sol A. H., Grossmann M. I. 1980):

— нейрокринный, медиатором которого являются ацетилхолин (преимущественно вагальный путь воздействия);
монов в кровь — прежде всего гастрин, а затем и других гормонов в кровь — прежде всего гастрин, а затем и других гормональных агентов (секретин, инсулин, GIP и др.);

— паракринный, при котором гастроинтестинальные полипептиды (например, соматостатин) выделяется в межклеточную жидкость.

Синергизм данных регуляторных систем обеспечивает нормальную работу париетальной клетки. Причем результат их совместного действия не является простым сложением эффектов, наблюдаемых в отдельности. Известно также, что иннервированные железы желудка более чувствительны к гуморальным возбудителям секреции, и, наоборот, хроническое отсутствие вагусной импульсации уменьшает реактивность желез, приводя их в инертное состояние. Это собственно и происходит после выполнения ваготомии.

Гастрин — гастроинтестинальный гормон полипептидной природы, синтезируемый преимущественно Ж-клетками антрального отдела желудка, обладающий многообразным действием на различные функции желудочно-кишечного тракта (стимуляции моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, увеличение кровотока в этих органах, трофическое действие на их слизистую оболочку), но прежде всего — это мощнейший стимулятор желудочной секреции, превосходящий аналогичный эффект гистамина по крайней мере в 500 раз.

Обобщение данных литературы и собственного материала показывает, что повышение продукции гастрин, абсолютное или относительное (нарушение соотношения стимулирующих и тормозных механизмов интраорганный гуморальной регуляторной системы), имеет патогенетическое значение у определенной части (15—20%) больных (В. И. Сидоренко, И. В. Зверков, Ю. Н. Комаров). Крайние формы таких состояний — классический синдром Золлингера-Эллисона, антральная Ж-клеточная гиперплазия. Такие грубые «эндокринные поломки» теперь достаточно точно диагностируются в нашей клинике с помощью иммунорадиологического метода определения гастрин в сыворотке крови

и иммуноморфологического метода выявления G-клеток в слизистой оболочке желудка с подсчетом их числа (Панцырев Ю. М., Канарейцева Т. Д., Столярова Л. А., 1983).

Здесь необходимо упомянуть также о сложных антровагальных взаимоотношениях. С течением времени претерпели существенную эволюцию взгляды физиологов, сравнительно недавно считавших, что блуждающие нервы оказывают на эндокринные клетки антрального отдела желудка только стимулирующее воздействие. Сейчас доказано, что наряду с возбуждающим действием вагусы оказывают на железы антральной слизистой и тормозное влияние. Эти данные помогают пониманию определенных изменений гуморальной регуляции желудочной секреции, развивающихся после различных вариантов ваготомии.

Методическая сторона вопроса при исследовании желудочной секреции в клинике играет большую роль. Аспирационный метод определения кислотопродуцирующей функции желудка с применением стандартизованных парентеральных раздражителей — единственно приемлемый метод, обеспечивающий точность исследования и возможности сравнения полученных результатов. Этот метод и был разработан и внедрен в клинику с 1968 года (В. И. Ноздрачев, И. В. Морозова).

Метод внутрижелудочной рН-метрии также нашел распространение в клинике (Ю. М. Панцырев и соавт., 1972). Многоканальный зонд, позволяющий регистрировать рН одновременно в теле, антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишке, позволяет судить не только о кислотном потенциале массы обкладочных клеток, но также и о состоянии ощелачивающей способности антрального отдела. Это имеет важное значение в предоперационном обследовании больных.

Дальнейшее развитие этого метода привело к внедрению в клинику, так называемой интраоперационной внутрижелудочной рН-метрии, которая помогает оценить тщательность пересечения ветвей блуждающих нервов, идущих к париетальной клеточной массе.

Уделяя первостепенное внимание роли кислотно-пептической агрессии в патогенезе язвенной болезни, нельзя игнорировать и значение других факторов, прежде всего нарушений гастродуоденальной моторики.

Многочисленными исследованиями показано, что при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки отмечается усиление моторной активности желудка с ускорением эвакуации его кислого содержимого за счет увеличения силы и частоты пропульсивных сокращений. По данным нашей клиники (С. А. Чернякевич и соавт. 1976—89 гг.), у подавляющего большинства больных с дуоденальной язвой тонус желудка повышен, регистрируется антральная гипермоторика. Нарушена и периодическая деятельность гастродуоденальной системы: сократительная активность желудка и двенадцатиперстной кишки либо непрерыв-

ны, либо продолжительность их работы существенно превышает время покоя.

Однако примерно у трети пациентов мы наблюдали умеренное или значительное ослабление сократительной деятельности желудка. Такие изменения моторики в большей мере были характерны для осложнений язвенной болезни кровотечением или пенетрацией язвы в поджелудочную железу. Кроме того, у части больных нами выявлена дискоординация работы проксимального и дистального отделов желудка с ослаблением моторной функции последнего.

Таким образом, изменения моторной функции гастродуоденальной зоны при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки имеют неоднозначный характер. Однако у большинства больных они отражают усиление и дискоординацию сократительной активности различных отделов желудка, привратника и двенадцатиперстной кишки. Это приводит к ускорению эвакуации желудочного содержимого, сокращению времени связывания соляной кислоты буферными компонентами пищи и щелочным секретом антрального отдела, поступлению активного химуса с низкими значениями рН в двенадцатиперстную кишку, что в итоге создает условия для кислотно-пептического повреждения ее слизистой оболочки (Nishioka, 1982).

В отличие от язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, для пациентов с медиогастральными язвами более характерным является снижение моторной функции желудка (Fio'samonti J., Buneo L., 1980 и др.). Однако по нашим данным, выраженная гипотония и гипомоторика желудка при этой патологии встречается редко и главным образом при развитии осложнений заболевания. Так, при глубоких, часто пенетрирующих язвах малой кривизны нарушается проводящая система органа, при этом прохождение перистальтической волны оказывается заблокированным и не все сокращения тела желудка распространяются на его антральный отдел.

При сочетанной форме язвенной болезни, язвах пилорического канала наблюдается, как правило, непрерывная моторная активность желудка, по характеру напоминающая таковую при дуоденальной локализации язвы.

Особую ценность исследования моторной функции желудка имеют в распознавании стадий язвенного пилородуоденального стеноза, в том числе выявлении начальных признаков его формирования, проявляющихся определенными изменениями ритма работы желудка, возникновением задержки начальной эвакуации.

Не меньший интерес представляет комплексное изучение моторной функции пищеводно-желудочного перехода, позволяющее дать точную количественную оценку функционального состояния кардии. Так, у большей части больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и у всех пациентов с гастродуоде-

нальным стенозом были обнаружены нарушения, в основном недостаточность клапанной и сфинктерной функции кардии (И. В. Бабкова, 1980).

Своевременная диагностика указанных состояний имеет существенное значение в определении лечебной тактики и выборе методов хирургической коррекции патологии.

Одной из упоминавшихся выше гипотез патогенеза язвенной болезни является теория дуоденогастрального рефлюкса (D. G. du. Plesis 1965). Согласно ей желчные кислоты и лизолецитин, который образуется в двенадцатиперстной кишке из лецитина желчи под действием фосфолипазы панкреатического сока (Johnson A. G. с соавт., 1974, Orchard R. 1977), при попадании в желудок в результате дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) вызывают повреждение защитного слизистого барьера, что приводит к увеличению обратной диффузии H^+ в слизистую оболочку, освобождению гастрина, гистамина и в конечном счете — язвообразованию (Я. Д. Витебский, 1974, 1981; Davenport 1981; Rees W. D. 1981 и др.).

Как показывает опыт клиники, ДГР различной продолжительности и интенсивности является неизменным следствием расстройств дуоденальной моторики, нарушений соотношения работы смежных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки и, в определенной мере, недостаточности замыкательного механизма привратника. Длительное существование ДГР, либо его чрезмерная интенсивность приводят к характерным изменениям слизистой оболочки желудка — рефлюкс-гастриту, усугубляющим течение основного заболевания.

Крайние выражения изменений моторики двенадцатиперстной кишки, приводящие к ее функциональной несостоятельности, формируют понятие нарушения дуоденальной проходимости (НДП), различающейся в зависимости от причин возникновения и степени выраженности (Ю. М. Панцырев и соавт. 1984—88 гг.).

По нашим данным, только у 20% больных дуоденальной язвой моторная деятельность двенадцатиперстной кишки была в пределах нормы. В 63% случаев диагностированы различные варианты ее дискинезии, зависящие от активности язвенного процесса, его осложнений и конституциональных особенностей больных. У 17% пациентов исследование моторики выявило изменения двигательной активности двенадцатиперстной кишки, характерные для нарушения дуоденальной проходимости механической или функциональной природы, в подавляющем большинстве случаев сопровождающихся интенсивным дуоденогастральным рефлюксом.

Сочетание язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с нарушением дуоденальной проходимости и выраженном дуоденогастральным рефлюксом составляют в настоящее время особую клиническую проблему в хирургии дуоденальной язвы.

Одним из самых информативных методов исследования моторной функции пищеводно-желудочного перехода, желудка, двенадцатиперстной кишки, с нашей точки зрения, следует считать способ, регистрирующий реальные величины давления в просвете органа с помощью нескольких открытых катетеров, соединенных с высокочувствительными регистрирующими устройствами. Методика позволяет одновременно определить состояние моторики в смежных отделах гастродуоденальной зоны, определить частоту, силу, синхронность сокращений, характеризовать всесторонне тонический компонент моторики, выявить патологические движения и характер распространения перистальтических волн. Сочетание манометрии с регистрацией рН (С. А. Чернякевич, 1982) позволяет получить дополнительную информацию о рефлюксе — дуоденогастральном и гастроэзофагеальном, о характере эвакуации желудочного содержимого.

Большие возможности открываются благодаря применению электрофизиологических методов в клинической практике — прямая электромиография желудка и двенадцатиперстной кишки, разработанная впервые в условиях эксперимента (А. П. Эттингер, 1978—89), и внедренные в клинику с целью интраоперационной оценки сохранности антральной иннервации при выполнении СПВ, а также функционального состояния двенадцатиперстной кишки (Ю. М. Панцырев и соавт. 1985).

Эвакуаторная функция желудка, наряду с традиционными рентгенологическими методами, нами исследуется радионуклидным способом, который позволяет с большой точностью дать количественную оценку скорости желудочной эвакуации различного по консистенции состава пищи, дать характеристику отдельным фазам эвакуаторного процесса и количественную оценку дуоденогастрального рефлюкса (Е. В. Иванов, 1989).

Таким образом, изучение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургической клинике при язвенной болезни имеет чрезвычайно важное значение и непосредственно связано с вопросами целенаправленного лечения данной патологии, с определением показаний к операции и выбором способа хирургического вмешательства.

Представленные выше сведения относительно этиопатогенеза язвенной болезни, а также данные научных исследований об особенностях клинической патофизиологии дуоденальной язвы убеждают в том, что на данном этапе клиника получила исчерпывающие доказательства рациональности применения операций с ваготомией при этом заболевании.

Коротко говоря, лечебный эффект пересечения блуждающих нервов объясняется следующими моментами: 1) прекращением вагальной стимуляции кислотообразования (выпадению т. н. «сложнорефлекторной фазы» желудочной секреции; 2) уменьшением чувствительности кислотопродуцирующих элементов к гуморальным раздражителям; 3) прекращением вагальной сти-

муляции выработки гастрина; 4) изменением чувствительности желудка и двенадцатиперстной кишки к растяжению, а также увеличением тонического компонента желудочной моторики и ослаблением ее ритмической активности.

История свидетельствует нам об упорных поисках лучшего варианта ваготомии. В настоящее время в клинической практике получили распространение следующие основные виды этой операции, отличающиеся друг от друга не только техническими приемами, но также своей патофизиологической сутью: а) двухсторонняя стволовая (тотальная) ваготомия (Dragstedt, Ovens, 1943), б) двухсторонняя селективная желудочная ваготомия (Laterjet, 1922, Franksson, 1948); в) селективная проксимальная ваготомия (Hart, Holle, 1966—1968; Amdrup, Johnston, 1970).

Стволовая (тотальная) ваготомия — пересечение блуждающих нервов сразу под диафрагмой, чем достигается вагальная денервация не только желудка, но и органов брюшной полости. Важный вопрос относительно так называемых «экстрагастральных эффектов» тотальной ваготомии претерпел много дискуссий, когда высказывались справедливые теоретические соображения. Однако теперь из клинической практики стало ясно, что в большинстве случаев эти «экстрагастральные эффекты» реализуются лишь на субклиническом уровне и существенно не влияют на результаты хирургического лечения.

Стволовая ваготомия отличается сравнительной технической простотой и в настоящее время особенно широко применяется в клинической практике в условиях неотложной хирургии.

Селективная желудочная ваготомия — денервация только желудка с оставлением интактными всех остальных ветвей блуждающего нерва.

Смысл этого вида вмешательства состоит в пересечении всех желудочных ветвей переднего и заднего стволов блуждающих нервов при обязательном сохранении важных в функциональном отношении ветвей, идущих к печени и чревному сплетению. В обширной литературе относительно преимуществ этого способа ваготомии перед стволовой можно найти довольно противоречивые данные о частоте возникновения различных постваготомических нарушений.

Описанные варианты ваготомии (стволовая и селективная) всегда выполняются в комбинации с оперативными вмешательствами на самом желудке: дренирующими этот орган (различные варианты пилоропластик, гастродуоденоанастомоз, гастроэнтероанастомоз), либо экономной резекцией (пилороантрумэктомией).

Здесь следует добавить, что ваготомия в сочетании с пилороантрумэктомией дает такой же кислотопонижающий эффект, как и обширная резекция желудка. Однако частота и выраженность различных пострезекционных нарушений прямо зависит от размеров удаляемой части желудка (Ю. М. Панцырев, 1973).

Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) — частичная денервация желудка в пределах тела и фундальной части, т. е. тех отделов, слизистая оболочка которых содержит кислотопродуцирующую клеточную массу. Иннервация антрального отдела желудка при этом не страдает, что предполагает сохранение его нормальной двигательной функции.

Теоретические предпосылки к разработке этого оперативного вмешательства возникли в связи с наблюдаемыми в клинике нежелательными последствиями первых двух видов ваготомии. Достижимая при них полная денервация желудка приводит не только к снижению секреции, но и к нарушению эвакуации, а дополнительная дренирующая операция в ряде случаев ведет к развитию демпинг-синдрома вследствие неконтролируемого сброса содержимого желудка в тощую кишку.

Доказанная теперь возможность применения изолированной СПВ, наряду с выраженным подавлением кислотопродукции, сохраняющей нормальную эвакуаторную функцию желудка, нивелирует эти недостатки органосохраняющих вмешательств.

Подводя итог сказанному, можно констатировать, что арсенал средств хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее осложнений в настоящее время существенно расширился и включает в себя целый комплекс оперативных вмешательств — от экономной резекции (пилороантрумэктомии) с ваготомией, различных вариантов органосохраняющих операций с ваготомией, до изолированной СПВ. Классическая резекция здесь не имеет каких-либо преимуществ и оставлена сейчас для лечения язв желудочной локализации.

Коллективный опыт отечественных и зарубежных хирургов показывает, что операции с ваготомией по сути явились новым, ведущим направлением в хирургии дуоденальной язвы, отвечающим современным запросам клинической практики, неудовлетворенной исходами и отдаленными результатами некогда единственного метода оперативного лечения этой патологии — классической резекции желудка. Однако, накопленный мировой опыт применения этих оперативных вмешательств на данном этапе ставит перед исследователями уже новые вопросы. Теперь уже можно подвести итоги не только нашим успехам, но также неудачам и огорчениям.

Выше было показано, насколько многоликим страданием является язвенная болезнь, будь то полиморфность ее клинического течения или индивидуальные различия в патофизиологических механизмах нарушений кислотопродуцирующей и двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта. Оценивая прошлые этапы истории желудочной хирургии, мы убеждаемся вновь в том, что при дуоденальной язве также не может быть какой-то одной операции, если даже она имеет веские теоретические обоснования.

Именно такая постановка вопроса открывает пути для глубоких клинических исследований, цель которых — выработка обоснованных критериев для индивидуализированного выбора метода оперативного вмешательства из имеющегося арсенала операций с ваготомией. При этом клиницисты получают хорошую научную основу для оценки эффективности нового направления в хирургии язвенной болезни.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ С ВАГОТОМИЕЙ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

К настоящему времени госпитальная хирургическая клиника № 2 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова располагает опытом 1692 оперативных вмешательств с ваготомией, выполненных при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в специализированном отделении более, чем за 15-летний период (с 1973 по 1988 гг.).

Т а б л и ц а 1

Операции с ваготомией в лечении дуоденальной язвы

Показания к операции	Число	%
Неосложненная дуоденальная язва	418	24,7
Осложнения дуоденальной язвы	1274	75,3
из них: пилородуоденальный стеноз	822	48,5
перфорация	243	14,4
кровотечение	209	12,4
ВСЕГО	1692	100,0

Из этого числа 75,3% операций (1274) произведено по поводу осложнений язвенной болезни (стеноза, перфорации, кровотечения) и только 24,7% — при хронической дуоденальной язве. Здесь обращает внимание тот факт, что подавляющее большинство больных оперировано по так называемым абсолютным показаниям. С одной стороны, это обусловлено спецификой работы клиники, занимающейся вопросами ургентной хирургии, с другой — достаточно ярко отражает наши малые возможности консервативной терапии язвенной болезни и недостатки существующей лечебной тактики. При этом число операций, ежегодно выполняемых по поводу осложнений язвенной болезни, не уменьшается.

Все три типа ваготомии используются в клинике почти с одинаковой частотой. Более чем у одной трети больных (35,1%) была выполнена двусторонняя стволовая ваготомия. Этому вари-

анту ваготомии мы отдаем предпочтение в условиях ургентной хирургии, когда клиническая ситуация (язва, осложненная перфорацией, кровотечением) требует выполнения наиболее простой в техническом отношении операции.

Изолированная СПВ полностью демонстрирует свои преимущества, и поэтому наиболее желательна при неосложненной дуоденальной язве. Эту операцию удается выполнить и у сравнительно небольшого числа пациентов с осложнениями язвенной болезни. Всего по разным показаниям в клинике произведено 224 таких вмешательства (13,2%). СПВ в сочетании с дренирующими желудок операциями мы довольно часто применяем при язвенном пилородуоденальном стенозе (25,5% от общего числа операций с ваготомией). И, наконец, селективную ваготомию мы используем в основном в сочетании с пилороантрумэктомией (442 операции).

Из числа вмешательств, дополняющих ваготомию, различные варианты дренирующих желудок операций (в основном пилоропластика Финнея) выполнены более чем половине больных (52,8%) и 575 (34%) произведена пилороантрумэктомия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Касаясь вопросов патогенеза язвенной болезни, мы уже подчеркивали, что не существует всеобъемлющей теории, способной объяснить многообразие вариантов развития заболевания. Каждый человек болеет по-своему, каждый раз болезнь имеет определенные этиопатогенетические особенности, реализующиеся своеобразием клинической картины и течения, функциональных проявлений патологии. Это порождает немалые трудности в обосновании адекватного лечения и, безусловно, сказывается на его результатах. Несмотря на определенные успехи в разработке новых направлений терапии (прежде всего внедрении препаратов группы H_2 -блокаторов рецепторов гистамина), частота осложнений язвенной болезни не уменьшается. Это подтверждают и данные нашей клиники. Коллективный опыт гастроэнтерологов (терапевтов и хирургов) привел к определению понятия неосложненной дуоденальной язвы, не поддающейся консервативному лечению. Прежде всего это те 15—20% больных, у которых комплексная упорная терапия в условиях специализированного стационара не приводит к заживлению язвы и ремиссии заболевания.

О бесперспективности консервативного лечения можно говорить, если даже при сравнительно коротком анамнезе заболевания его обострения носят частый (более 2 раз в год) характер, лишены сезонности, и упорство течения болезни не способны изменить регуляторно проводимые курсы полноценной совре-

менной противоязвенной терапии. Такие варианты течения язвенной болезни неминуемо быстро приводят к развитию опасных для жизни осложнений.

Между тем возможности хирургии дуоденальной язвы, появившиеся с внедрением органосохраняющих операций и, в первую очередь, СПВ, позволяют по новому определить место хирурга в лечении этой группы больных и реализовать принцип — «Операция должна предшествовать развитию осложнений».

Таким образом бесспорно, что оптимальным для хирургического лечения хронической дуоденальной язвы является период, когда возможности консервативного лечения уже исчерпаны, а осложнения заболевания еще не развились.

Выбор метода операции при неосложненном течении дуоденальной язвы — вопрос наиболее сложный. На наш взгляд, не имеет перспектив такой подход к решению этого вопроса, когда для лечения дуоденальной язвы используется только какой-либо один метод хирургического вмешательства. Здесь необходимо учитывать целый ряд факторов, включающих в себя пол и возраст больного, его «социальное лицо», особенности течения заболевания, локализацию язвы и те морфологические изменения, которые она вызвала в двенадцатиперстной кишке и привратнике. Помимо этого критериями к выбору метода операции должны быть результаты тщательного обследования пациента — изучение секреторной, моторной и эвакуаторной функций, состояние диффузной эндокринной системы желудка и двенадцатиперстной кишки и т. д.

С патофизиологических позиций при неосложненной дуоденальной язве наиболее оправдана изолированная СПВ, именно в такой ситуации она может продемонстрировать все свои преимущества. Однако, эффективность СПВ зависит от точности показаний и скрупулезного соблюдения деталей техники оперативного вмешательства.

Накопленный в клинике опыт позволил сформулировать следующие критерии, которые необходимо обсудить при решении вопроса о выборе метода операции при хронической дуоденальной язве. Они следующие:

1. Предельно выраженная гиперсекреция соляной кислоты (МПК свыше 45 ммоль/час), обусловленная факторами гуморальной стимуляции кислотообразования (антральная Ж-клеточная гиперплазия, нарушения системы нейроэндокринной регуляции).
2. Особенности моторной функции желудка (гипомоторика, дискоординация работы различных отделов желудка).
3. Нарушения моторной функции двенадцатиперстной кишки с признаками нарушения дуоденальной проходимости, дуоденогастрального рефлюкса и рефлюкс-гастрита.
4. Сочетанная форма язвенной болезни.
5. Ушивание перфоративной язвы в анамнезе.

6. Топографоанатомические особенности, усложняющие технику операции (чрезмерное развитие жировой клетчатки, делающее неразличимым нервные элементы, проходящие в малом сальнике, спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости и т. п.).

Наличие одного или нескольких из перечисленных критериев должно заставить отказаться от выполнения СПВ в пользу пилороантрумэктомии с ваготомией.

Другим необходимым условием достижения успеха СПВ, наряду с точным определением показаний, является технически безупречное выполнение всех деталей операции. Этому вопросу в клинике уделяется особое внимание. Детали техники СПВ тщательно обработаны в экспериментальных условиях с акцентом на денервацию кислотопродуцирующей зоны желудка в пределах ее точных анатомических границ. Это достигается с помощью одной из методик, позволяющих определить уровень распространения слизистой оболочки антрального отдела (Ю. М. Панцырев, Ю. И. Галлингер, 1972; 1976).

В клинике разработан и внедрен ряд методов, позволяющих непосредственно во время операции определить адекватность произведенного вмешательства и, при необходимости, корректировать обнаруженные погрешности. Прежде всего, это уже упоминавшийся тест интраоперационной рН-метрии, позволяющий дать характеристику полноте денервации париетальной клеточной массы.

Не менее важным обстоятельством, определяющим эффективность изолированной СПВ, является сохранение иннервации антрального отдела желудка. Выявить такие повреждения и своевременно решить вопрос о необходимости дополнения ваготомии дренирующей операцией позволяет тест интраоперационного определения сохранности главных желудочных ветвей блуждающих нервов (ин. Латарже), основанный на регистрации биоэлектрической активности мышечной оболочки антрального отдела органа (А. П. Эттингер, 1984).

Т а б л и ц а 2

Операции с ваготомией при неосложненной дуоденальной язве

Характер операции	Выполнено операций		Умерло	
	№	%	№	%
СПВ	146	34,9	—	—
Ваготомия + дрен. опер.	47	11,3	—	—
Ваготомия + антрумэктомия	225	53,8	2	0,8
ВСЕГО	418	100,0	2	0,47

С 1973 по 1988 гг. в клинике выполнено 418 оперативных вмешательств с ваготомией по поводу неосложненной дуоденальной язвы (табл. 2).

Как видно из представленных данных, СПВ — это желаемая операция при неосложненной дуоденальной язве, выполнена немногим более трети больных и в 53,8% случаев были обоснованы показания к ваготомии с пилороантрумэктомией.

Интраоперационных осложнений этих вмешательств мы не видели, а небольшая частота и характер ранних послеоперационных осложнений убедительно подтверждает мнение о СПВ, как самом щадящем, малотравматичном оперативном вмешательстве при язвенной болезни.

Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни. При различных осложнениях язвенной болезни в клинике за указанный период времени выполнено 1274 оперативных вмешательства с ваготомией с общей летальностью 2,9% (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Операции с ваготомией при осложнениях дуоденальной язвы

Показания к операции	Число	Лет. %
Пилородуоденальный стеноз	822	1,5
Перфорация	243	1,6
Кровотечение	209	10,2
ВСЕГО	1274	2,9

В прежние годы в клинике выполнено ряд капитальных работ по этим вопросам, нашедших отражение в монографиях и докторских диссертациях (Ачетчев В. А., Галлингер Ю. И., Гринберг А. А., Чернякевич С. А.— 1977—1982 гг.).

Пилородуоденальный стеноз является одним из наиболее частых осложнений язвенной болезни, как бы кульминацией хронического течения этого заболевания, постепенно приводящего к развитию рубцового сужения в области привратника с последующим нарушением эвакуации пищи из желудка. Эта патология служит, пожалуй, самым частым показанием к оперативному лечению больных, страдающих язвенной болезнью — от 10 до 54% (В. С. Маят и соавт. 1970; А. В. Авдей и соавт. 1980; Р. А. Труве, У. Ф. Сибуль, 1979; Ю. М. Панцырев и соавт. 1979; И. В. Климинский и соавт. 1976, 1986 и др.). По нашим данным, этот показатель составляет 50,3%.

Внедрение операций с ваготомией в хирургию пилородуоденального стеноза сопровождалось оживленной дискуссией. Лишь выполненные за последнее десятилетие тщательные клинические исследования показали, что ваготомия не приводит к значитель-

ным и необратимым нарушениям моторно-эвакуаторной функции желудка, если их не было уже до операции вследствие существовавшего стеноза пилородуоденальной зоны. Операции с ваготомией, предпринятые для лечения язвенного стеноза, дали вполне удовлетворительные результаты.

Широкое распространение при этом осложнении получила СПВ в сочетании с дренирующими желудок операциями. Вариант ваготомии, эффективно снижающий кислотопродукцию и сохраняющий регуляторные механизмы моторно-эвакуаторной функции органа, теоретически наиболее перспективен при лечении стеноза. Однако наши клинические наблюдения показывают, что предстоят дальнейшие исследования, позволяющие достоверно установить преимущества применения того или иного вида ваготомии при этом патологическом процессе. Не решен также вопрос и о выборе дренирующей желудок операции при различных клинических вариантах стенотического процесса, что и является предметом настоящего исследования (А. П. Эттингер, А. И. Михалев).

В настоящее время клиника располагает опытом 822 операций с ваготомией при пилородуоденальном стенозе. 520 больным выполнена ваготомия в сочетании с дренирующей желудок операцией (лет.— 1,3%). В качестве последней наиболее часто (в 90% случаев) применялась пилоропластика по Финнею.

Ваготомию с дренирующей желудок операцией считаем показанной, когда клинико-рентгенологические данные и результаты функционального исследования моторики желудка свидетельствуют о компенсированных стадиях стеноза, сопровождающемся значительным расширением желудка и выраженными нарушениями эвакуации из него, более целесообразна гемигастрэктомия с ваготомией (всего произведено 299 таких операций с лет.— 2%).

Органосохраняющие операции с ваготомией считаем противопоказанными также при пилородуоденальном стенозе, сочетающемся с выраженными нарушениями дуоденальной проходимости.

Весьма частое сочетание пилородуоденального стеноза с функциональной недостаточностью кардии диктует необходимость коррекции пищеводно-желудочного перехода, что достигается фундопликацией, напоминающей операцию Ниссена. Теперь этот этап операции входит неотъемлемой частью в стандартную технику выполнения СПВ и селективной ваготомии.

Мы акцентируем внимание также на уровне развития стенотического процесса при дуоденальной язве. При бульбарной и постбульбарной локализации стеноза, компенсированной моторно-эвакуаторной функции желудка, функционально полноценном привратнике выполняем СПВ в сочетании с дуоденопластикой. Результаты пока сравнительно небольшой серии таких операций оставляют благоприятное впечатление.

Мы отрицательно относимся к предложениям о применении при рубцовом сужении привратника СПВ в сочетании с пальцевой или инструментальной дилатацией стриктуры. Считаем, что подобные рекомендации недостаточно обоснованы.

Хирургическое лечение таких тяжелых осложнений язвенной болезни как перфорация и профузное кровотечение имеет, как известно, свои существенные особенности. Прежде всего речь идет о необходимости выполнения операции в неотложной ситуации, часто у тяжелобольных различных возрастных групп в условиях ограниченных возможностей предоперационного обследования и подготовки. Нет необходимости подчеркивать, что характер операции, ее объем и травматичность здесь имеют немаловажное значение.

При перфоративных дуоденальных язвах в клинике наиболее часто выполняется иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией (170 операций с лет.— 2,3%). Практически только распространенные формы перитонита являются противопоказанием к этой операции. Техническая простота, удовлетворительные непосредственные и отдаленные результаты операции делают ее методом выбора при этом виде осложнений.

Второе место занимает СПВ с ушиванием перфоративного отверстия (68 операций, лет.— 0). Мы отбираем на эту операцию больных без грубой рубцовой деформации привратника и двенадцатиперстной кишки, с небольшими размерами прободного отверстия и периульцерозного воспалительного вала, что гарантирует от последующего сужения просвета кишки в зоне ушивания.

При кровоточащей язве всего выполнено 209 ургентных операций с летальностью 10,2%. Это как раз те 25% больных, у которых кровотечение не удается остановить консервативными методами, включая эндоскопический, или когда велика угроза его рецидива. Прошивание кровоточащего сосуда в язве (или иссечение язвы) в сочетании с ваготомией является спасительной операцией у больных старшей возрастной группы с высоким операционным риском, когда резецирующая операция невыполнима.

Ваготомия в сочетании с пилороантрумэктомией показана больным более молодой возрастной группы с относительно небольшим операционным риском.

Суммарные цифры летальности при неотложных операциях по поводу кровоточащей язвы за столь длительный период не отражают динамики тактических подходов и существующего положения в последние годы. Широкое внедрение различных методов лечебной эндоскопии, совершенствование комплекса интенсивной терапии и техники неотложных оперативных вмешательств позволили на последней серии больных снизить после-

операционную летальность до 4,25%, а общую летальность в группе язвенных гастродуоденальных кровотечений — до 3,9% (с 12,6%).

Однако, здесь хотелось бы подчеркнуть известные положения о том, что применение даже минимальных по объему операций не может разрешить всех проблем хирургического лечения этого тяжелого осложнения. Перспективы здесь мы видим в совершенствовании тактических решений, дальнейшем развитии эндоскопических методов остановки кровотечения и методов интенсивной терапии, над чем клиника и работает в настоящее время (А. А. Будзинский, Е. Д. Федоров).

Оценка эффективности операций с ваготомией в лечении дуоденальной язвы. Конечная цель хирургического вмешательства при дуоденальной язве, кроме благополучных непосредственных исходов операции, понимается хирургами довольно однозначно и состоит в том, чтобы излечить больного от язвенной болезни, уже нередко при наличии осложнений, и в то же время свести к минимуму вероятность возникновения нежелательных последствий самой операции. Проведенное лечение должно способствовать улучшению физической и социальной активности больных. Именно с этих позиций должна оцениваться эффективность любой операции. Такую оценку можно получить лишь при тщательном изучении отдаленных результатов хирургических вмешательств, проводимом с соблюдением ряда обязательных методических принципов. Наиболее важными из них, с нашей точки зрения, являются следующие: 1) правильный выбор единых критериев оценки результатов и обоснованных сроков наблюдения, обеспечивающих достоверность этой оценки; 2) соблюдение общепринятых принципов отбора и сравнения групп больных, а также объективного контроля за исследованием; 3) использование в работе корректных статистических (математических) методов оценки результатов.

Критериями оценки эффективности оперативного вмешательства в лечении язвенной болезни служат прежде всего частота рецидивов заболевания, а также частота и выраженность нежелательных последствий, обусловленных самой операцией.

Обеспечить проведение объективной оценки эффективности своей хирургической деятельности нам позволило создание в клинике специальной группы, в состав которой наряду с хирургами вошли гастроэнтерологи-терапевты. Был обоснован и введен диспансерный принцип наблюдения за оперированными, предусматривающий активный вызов, обследование их в ближайшие (через 2 месяца) и отдаленные (через 1, 3 и 5 лет и более) сроки после вмешательства. Особое внимание уделено методологической стороне системы ретроспективной оценки эффективности хирургического лечения, предусматривающей не только регистрацию субъективных ощущений пациента, его жалоб, изменений трудоспособности, но и данных специального инстру-

ментального обследования желудочно-кишечного тракта (Ю. М. Панцырев и соавт. 1987).

Подчеркнем еще раз, что только такое длительное, систематическое, методически точно проводимое наблюдение за пациентами позволяет выяснить истинную эффективность анализируемой операции.

Под диспансерным наблюдением в клинике в настоящее время находится более тысячи пациентов, перенесших различные операции на желудке по поводу язвенной болезни. Срок наблюдения за оперированными составил в среднем $5,9 \pm 0,3$ лет (от 1 до 15 лет.).

Отдаленные результаты применения различных оперативных вмешательств с ваготомией, оцененные в соответствии с модифицированной в клинике классификацией Visick, которая предусматривает учет не только субъективных данных, полученных от пациента, но также результатов объективного и инструментального его обследования, представлены в табл. 4.

Т а б л и ц а 4

Отдаленные результаты различных операций с ваготомией при дуоденальной язве

Операция (классификация Visick)	СПВ изолир.	СПВ+др. оп.	Ст. В.+ др. оп.	Ваготомия+антрумэктомия	Всего
I	157 76,2	246 81,5	92 58,2	167 61,9	662 70,7
II	17 8,2	32 10,6	35 22,2	85 31,5	169 18,1
III	3 1,5	4 1,3	13 8,2	12 4,4	32 3,4
IV	29 14,1	20 6,6	18 11,4	6 2,2	73 7,8
Итого обследовано	206	302	158	270	936

Приведенные данные наглядно демонстрируют лечебные возможности различных операций с ваготомией при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Как можно видеть, отличные и хорошие результаты получены в этих группах больных от 80,4% до 93,4%.

Лечебный эффект этих хирургических вмешательств обусловлен прежде всего влиянием пересечения блуждающих нервов на секреторную функцию желудка.

Изолированная СПВ и различные варианты органосохраняющих операций с ваготомией приводят к значительному (в среднем на 60—70%) и стойкому подавлению продукции соляной кислоты. Изолированная СПВ, в отличие от СПВ с дренирующей операцией, приводит к несколько меньшей редукции кислотообразования и более выраженному повышению со временем по-

казателей желудочной секреции, остающейся, однако, у большинства оперированных на безопасном в отношении развития рецидива заболевания уровне.

Еще более выраженный кислотоподавляющий эффект демонстрирует ваготомия в сочетании с пилороантрумэктомией, приводящая в большинстве случаев к развитию ахлоргидрии.

Проведенные в клинике исследования позволили выявить закономерно развивающиеся морфологические изменения в слизистой оболочке желудка, объясняющие угнетение кислотообразования после органосохраняющих операций с ваготомией.

Как уже указывалось, нами было подтверждено, что у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки отмечается гиперплазия париетальной клеточной массы. Электронно-микроскопические исследования с морфометрическим анализом показали, что снижение продукции соляной кислоты в ранние сроки после ваготомии является следствием развития денервационного дистрофического процесса в париетальных клетках. С течением времени ваготомия приводит к морфологической перестройке слизистой оболочки желудка, проявляющейся достоверным уменьшением числа париетальных клеток, развитию поверхностного и преатрофического гастрита уже в ближайшие сроки после операции. В течение первых двух лет после ваготомии идет достоверное углубление гастритических изменений в слизистой, однако без выраженных атрофических явлений. Важно подчеркнуть, что прогрессирования этих процессов в последующем с течением времени не происходит, а также отмечается стабилизация числа париетальных клеток.

В позднем послеоперационном периоде низкий уровень кислотообразования может быть следствием уже сформировавшихся малых секреторных возможностей незрелых обкладочных клеток, появляющихся после ваготомии на всех уровнях главных желез слизистой оболочки желудка.

Некоторое увеличение числа гастринпродуцирующих клеток в слизистой оболочке антрального отдела желудка отмечается в ближайшие сроки после ваготомии, что сопровождается умеренным повышением уровня гастрин в сыворотке крови. Это можно рассматривать как компенсаторную реакцию в ответ на угнетение кислотовыделения денервированной париетальной клеточной массой. Однако, уменьшение чувствительности обкладочных клеток к гуморальным стимуляторам после ваготомии нивелирует секреторный эффект выделяющегося гормона. Через 6—8 месяцев после операции число Ж-клеток в антральном отделе и уровень гастрин в крови нормализуется.

Большой научный и практический интерес представляют изменения моторной функции желудка после различных вариантов ваготомии. Исследованиями, проведенными в клинике, показано, что базальный и пластический тонус желудка после стволовой и селективной ваготомии сохраняется или даже по-

вышается, в том числе у больных с выраженными стадиями пилородуоденального стеноза. Увеличение тонического компонента моторики имеет значение в обеспечении нормального опорожнения желудка и реализуется ускорением начальной фазы эвакуации после вагальной денервации органа. Этот факт является весьма существенным, поскольку непосредственно после операции ослабление перистальтической деятельности желудка наблюдалось у 70% больных.

Таким образом, указанные механизмы нормализации моторной функции желудка после операций с ваготомией реализуют желаемый лечебный эффект в большинстве случаев. Однако, у больных с исходным снижением сократительной активности желудка после операции возникает ее резкое угнетение. Отсюда вытекает практически важный вопрос о диагностике этих особенностей моторики, чтобы предвидеть возможность развития послеоперационных осложнений и принять соответствующие меры лечения.

Операция СПВ, также как и другие виды ваготомии, приводит к увеличению тонического компонента моторики денервированной проксимальной части желудка, что изменяет характер эвакуации с ускорением начальной его фазы. Антральная моторика сохраняется, обеспечивая порционное поступление желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку. Только у небольшой части больных дуоденальной язвой выявляется исходная гипомоторика дистального отдела желудка. Выполнение в таких условиях СПВ может привести к развитию выраженного гастростаза, что также надо иметь в виду при выборе метода операции.

Итак, многолетнее изучение отдаленных результатов показывает не только патогенетическую обоснованность, но и высокую эффективность операций с ваготомией при дуоденальной язве. Отличные и хорошие результаты их применения, как было показано, получены у подавляющего большинства пациентов.

Однако, нельзя не замечать и неудач практики операций с ваготомией. Если послеоперационные функциональные расстройства встречаются после них сравнительно редко, в основном носят легкий характер и не составляют существенной клинической проблемы, то актуальность вопроса рецидивов язвообразования, особенно после наиболее привлекательной операции (селективной проксимальной ваготомии), очевидна.

Диспансерная система наблюдения и обследования оперированных, существующая в клинике, позволяет определить истинную частоту рецидивных язв и подойти к пониманию причин их возникновения.

По нашим данным, частота рецидивных язв после изолированной СПВ составляет 14,1%. Это выше, чем аналогичный показатель после СПВ с дренирующими операциями (6,6%) и даже

после стволовой ваготомии в сочетании с дренажем желудка (11,4%).

Наши данные, а также текущая отечественная и зарубежная литература по этому вопросу ставят на поверку дня новые клинические задачи — поиск путей улучшения результатов органосохраняющих операций с ваготомией.

Попытки разных исследователей прогнозировать угрозу рецидива после СПВ обнаруживают некоторую закономерность. Так, life tabel analysis всех пациентов нашей серии представлен на рисунке. Кривая, по сути дела, аналогична представляемым в текущей литературе. Как видно, кумулятивные показатели частоты рецидивов язвообразования после СПВ возрастают с течением времени. Эти данные наглядно свидетельствуют о том, что оценка наиболее важного критерия эффективности СПВ, каким является частота рецидива язвы, должна проводиться на протяжении длительного срока — не менее 5—10 лет после операции.

В клинике предприняты попытки математического прогнозирования результатов применения СПВ при хронической дуоденальной язве. Работа была основана на методике структурной организации медицинской информации (И. М. Гельфанд). В результате был сделан вывод, что возможен прогноз результатов СПВ на основе определения особенностей клинического течения язвенной болезни и данных обследования. Прогностически ценным оказалось выделение клинических групп по типам течения язвенной болезни, в основу которого положены следующие характеристики патологического процесса.

I-й клинический тип, т. н. «опасные» дуоденальные язвы. Прогностически значимым в этой группе оказались следующие признаки: высокая базальная кислотопродукция (более 5 ммоль/час); постбульбарная локализация язвы; значительный (диаметром более 8 мм) размер язвенного дефекта; выраженная рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки.

II-й клинический тип — дуоденальная язва на фоне дуоденогастрального рефлюкса. Сюда вошли больные с сочетанной формой язвенной болезни, ДГР и рефлюкс-гастритом, подтвержденными объективными лабораторными и инструментальными методами исследования.

III-й клинический тип — все остальные случаи дуоденальной язвы.

По данным проведенного исследования оказалось, что при I и II типах клинического течения язвенной болезни эффективность СПВ становится сомнительной в связи с большой вероятностью возникновения рецидива заболевания. Проведенная работа, на наш взгляд, является хорошей основой для уточнения существующих показаний к изолированной СПВ с целью улучшения отдаленных результатов этого хирургического вмешательства.

Изучение причин появления рецидивов после СПВ, при всей сложности проблемы, проливает также свет на возможности профилактики этого осложнения. Наши исследования показали, что 26,5% причиной рецидива язв были дефекты техники операции. Эти рецидивы развиваются, как правило, в «ранние» сроки, в течение первых трех лет. Хорошая подготовка хирурга и скрупулезное соблюдение деталей техники СПВ позволят избежать рецидива у этой части больных.

В 73,5% рецидивы язв развиваются в «поздние» сроки (в среднем через $6,3 \pm 0,7$ лет) после операции. В патогенезе рецидива у этой группы больных существенное значение имеют такие факторы, как «агрессивное» течение язвенной болезни, необычная характеристика секреторной и двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, что не было принято во внимание перед операцией и определило неправильный выбор лечебного метода.

Наши исследования показали, что причину рецидива у этой последней группы больных достаточно часто можно обоснованно связать с неадекватным снижением кислотопродуцирующей функции (быстрый «выраж. секреции»), а также нарушением двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Исследования, предпринятые в клинике в последние годы, обнаруживают закономерные изменения функционального состояния эндо- и паракринной систем верхнего отдела пищеварительного тракта, что с течением времени реализуется повышением кислотопродукции и возникновением рецидивной пептической язвы.

Обсуждая вопрос о причинах повторного язвообразования, мы также не исключаем и такой возможности, как восстановление нервной регуляции кислотообразования, вследствие регенерации ветвей блуждающих нервов после произведенной ваготомии. Этот вопрос далеко не однозначно обсуждается в специальной литературе.

Наконец, укажем еще на один важный клинический аспект этой проблемы. Хорошо известно, что достаточно мощными факторами ульцерогенеза являются такие вредные причины, как курение, алкоголизм, злоупотребление ульцерогенными препаратами, а также неблагоприятные социальные факторы. Мы имеем возможность убедиться в этом, обнаружив эти причины рецидива в отдаленном послеоперационном периоде более чем у 10% больных.

Итак, представленные в этой работе материалы к Актовому дню института являются, по сути дела, отчетом о научной работе коллектива кафедры и научно-исследовательской лаборатории, проводимой на протяжении почти двух десятилетий.

Беспристрастному критику, который будет решать, слишком мало или слишком много мы смогли сделать, хотелось бы заметить, что вся проделанная работа — это самозабвенный труд

коллектива единомышленников, поставивших перед собой цель, дать глубокое научное обоснование новому направлению в хирургическом лечении язвенной болезни и определить его дальнейшие перспективы.

Считаю своим приятным долгом принести мою глубокую признательность всем сотрудникам кафедры и лаборатории за их нелегкий многолетний труд, целеустремленность и дружеское взаимопонимание в работе.