МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
Второй ордена Ленина Московский государственный
медицинский институт им. Н. И. Пирогова

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А к т о в а я р е ч ь

*Заслуженный деятель науки РСФСР
проф. В. С. МАЯТ*

Москва — 1970

Л 86494 от 23/IX-70 г.

Объем 1,25 п. л.

Зак. 1062. Тир. 400

Тип. Фин.-хоз. отдела Президиума Верховного Совета РСФСР

Глубокоуважаемый председатель!

Глубокоуважаемые члены Ученого совета!

Позвольте выразить вам мою сердечную признательность за высокую честь, предоставленную мне сегодня — произнести актовую речь в знаменательный для нашей страны год, когда мы отметили столь торжественно столетие со дня рождения великого создателя нашего социалистического государства Владимира Ильича Ленина.

Второй Московский медицинский институт, носящий имя выдающегося русского хирурга Николая Ивановича Пирогова, отмечает в этом году 160-летие со дня его рождения. Вполне естественно, что темой моего доклада является вопрос, связанный с хирургией. В настоящее время ведущее место в хирургической патологии по праву принадлежит хирургической гастроэнтерологии.

Общеизвестно, что болезни органов пищеварения занимают видное место в общей структуре заболеваемости. Так, по данным С. В. Курашова, опубликованным в 1963 году, 56 человек на 1000 населения страдает заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта, т. е. по частоте эти заболевания занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы.

Среди этих больных значительное число подвергается хирургическому воздействию. Достаточно сказать, что в нашей стране ежегодно производится более 60.000 резекций желудка (М. И. Кузин).

Какие же проблемы хирургической гастроэнтерологии в настоящее время можно считать ведущими? Очевидно, в первую очередь мы должны выделить именно те вопросы, которые не могут считаться полностью разрешенными. Снижение послеоперационной летальности, уменьшение числа послеоперационных осложнений, улучшение отдаленных результатов оперативных вмешательств ставятся перед хирургами как проблемы большого практического значения. С этих позиций

нам кажется, что до сих пор нельзя считать разрешенными вопросы хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, вопросы хирургии желчных путей, особенно если речь идет о больных пожилого и старческого возраста, а также ряд вопросов лечения острого и хронического панкреатита, кишечной непроходимости и гнойных перитонитов.

Не имея возможности достаточно полно осветить эти разделы хирургической патологии, я позволю себе остановить ваше внимание на проблеме хирургического лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которая остро обсуждается в настоящее время в печати не только в нашей стране, но является предметом дискуссии на международных конгрессах и симпозиумах хирургов и гастроэнтерологов.

Было бы неправильно думать, что проблема хирургического лечения заболеваний желудка является новой для хирургических кафедр 2-го Московского медицинского института. Докторские диссертации ряда профессоров, ставших потом заведующими хирургическими кафедрами нашего института (П. Д. Соловов, В. С. Левит, В. П. Вознесенский, В. С. Маят, А. А. Бусалов, Ю. Е. Березов), были посвящены вопросам желудочной патологии, а диссертации П. Д. Соловова и В. П. Вознесенского являлись фундаментальными работами своего времени, посвященными хирургическому лечению язвенной болезни. Наконец, я должен указать на ту огромную роль в решении проблемы, которая принадлежит крупнейшему хирургу нашей страны, профессору 2-го Московского медицинского института, академику С. И. Спасокукоцкому, столетнюю годовщину которого со дня его рождения хирургическая общественность отметила в июне этого года.

Что же заставляет нас считать в настоящее время проблему хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки снова столь актуальной? Неудовлетворенность результатами этого лечения, хотя первая операция при этом заболевании была произведена почти 90 лет назад.

Разрешите мне коротко напомнить исторические даты, которые имели решающее значение в хирургии желудка. Начиная с двадцатых годов нашего столетия широкое распространение получила операция задней гастроэнтеростомии, которая в то время считалась операцией выбора. Соединение желудка и тощей кишки анастомозом (гастроэнтеростомия, точнее гастроюностомия) давало возможность быстрее освободиться желудку от пищевых масс, снижало высокую кислотность желудочного сока, благодаря забрасыванию содер-

жимого тощей кишки в желудок, и по мысли исследователей того времени меняло всю «желудочную лабораторию» человеческого организма. Однако, последующее наблюдение за оперированными больными показало, что эта операция эффективна лишь у 60—70% больных язвенной болезнью, в то время как остальным она не только не приносит облегчения, но даже ухудшает самочувствие оперированных: у 20% больных наблюдаются рецидивы язв, и возникает впоследствии такое опасное осложнение, как пептическая язва анастомоза, требующая подчас очень тяжелых операций (С. С. Юдин). Однако, еще в 1928 году на XX съезде хирургов гастроэнтеростомия нашла и защитника в лице такого крупнейшего хирурга в желудочной хирургии, каким был В. В. Успенский, предложившего при возникновении пептической язвы анастомоза операцию дегастроэнтеростомии, т. е. восстановление прежних анатомических отношений путем разъединения желудка и тощей кишки. Зато другая операция, использовавшаяся нередко хирургами для лечения больных язвенной болезнью — пилоропластика, при которой производится рассечение привратникового жома, была окончательно исключена из арсенала хирургических вмешательств. В клинике профессора В. С. Левита о значении этой операции была подготовлена интересная докторская диссертация (Б. Ф. Дивногорский), основанная на экспериментальном и клиническом материалах наблюдений, но после XX съезда было ясно, что эта работа не могла получить положительной оценки при ее защите, и она не была опубликована.

Я хотел бы фиксировать ваше внимание на этих фактах, так как о них интересно будет вспомнить при дальнейшем изложении мною современных принципов, предлагаемых для лечения язвенной болезни.

Итак, после XXIV съезда, особенно благодаря трудам школ С. И. Спасокукоцкого, С. С. Юдина и других, хирурги нашей страны почти полностью оставили гастроэнтеростомию и перешли к операции резекции желудка, которая с тех пор и вплоть до настоящего времени является основным и практически единственным вмешательством, применяемым для лечения больных язвенной болезнью. Это связано было прежде всего с патогенетической обоснованностью и высокой эффективностью резекции желудка в лечении данного заболевания. Действительно, по мнению большинства отечественных и зарубежных хирургов, рецидив язвенной болезни после резекции встречается лишь у 2—3% оперированных больных. Очевидно, именно в этом надо искать и причину того, что обширная (субтотальная) резекция желудка быстро приобрела репутацию безупречного оперативного вмешательства и полу-

чила исключительно широкое распространение. Однако, многолетние наблюдения за больными в отдаленном послеоперационном периоде, особенно после выхода в свет работ А. А. Бусалова, показали, что чрезмерный оптимизм в отношении отдаленных последствий этой операции был преждевременным, поскольку избавление от мучительных язвенный язвенной болезни далеко не во всех случаях приводило к полному выздоровлению больных. У части из них возникали своеобразные расстройства, обусловленные непосредственно самим оперативным вмешательством.

Как известно, эта операция выполняется в двух основных вариантах, разработанных еще Т. Billroth. По первому варианту после удаления антрального отдела желудка культи его сшивается с двенадцатиперстной кишкой, и пассаж пищи восстанавливается тем же путем, который соответствует анатомофизиологическим условиям человеческого организма. По второму варианту операция резекции желудка производилась с полным исключением орального конца двенадцатиперстной кишки, закрываемого наглухо, а пассаж пищевых масс происходит из культи желудка непосредственно в тощую кишку, соединенную с культей желудка анастомозом. Существует множество модификаций обоих основных способов резекции желудка, на которых я не имею возможности останавливаться, хотя выбор того или иного способа резекции нередко является решающим для получения лучших отдаленных результатов. Уже на заре желудочной хирургии стало известно, что первый вариант резекции желудка по Бильроту, по мнению большинства хирургов, сопровождается несомненно лучшими отдаленными результатами. Однако, он технически сложнее, дает больше осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и иногда просто невыполним, особенно при тех требованиях к субтотальной резекции желудка, которые предъявлялись к этой операции. Дело в том, что экономные резекции желудка, особенно после классических работ школы С. С. Юдина, считались дефектными, ибо в культе желудка при этом нередко оставались пилорические железы, а также большая кислотопродуцирующая зона, и кислотность желудочного сока сохранялась на достаточно высоких цифрах, что считалось опасным из-за возможности рецидива язвы. Поэтому хирурги при выполнении резекции желудка стремились к максимальному удалению тела и пилорической зоны, т. е. к резекции $\frac{2}{3}$ или $\frac{3}{4}$ желудка (С. С. Юдин, Finsterer и др.). В этих условиях надежное соединение культи желудка с двенадцатиперстной кишкой представлялось нередко невыполнимым, требовало особых технических приемов и, во всяком случае, значительно увеличивало опасность операции.

Поэтому большинство хирургов производило операцию резекции желудка при язвенной болезни по второму варианту, предложенному Бильротом. При этом же способе операции у части оперированных больных могут возникать своеобразные расстройства, обусловленные удалением большей части желудка, важного в функциональном отношении привратникового механизма и выключением пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке. Эти так называемые постгастрорезекционные расстройства стали за последние годы предметом самого тщательного изучения. По-видимому, следует согласиться с мнением большинства хирургов, что постгастрорезекционный синдром встречается в выраженной форме приблизительно у 10—15% всех больных, перенесших резекцию желудка, в то время как остальных оперированных можно считать практически здоровыми людьми. Но даже эта, казалось бы относительно невысокая цифра не должна вводить нас в заблуждение, поскольку при переводе в абсолютные числа это означает, что каждый год в нашей стране появляется 5000—6000 человек, которые и после операции нуждаются в настойчивом и длительном лечении.

Проблема лечения постгастрорезекционных синдромов в настоящее время далека от своего разрешения. Консервативные мероприятия обычно дают весьма кратковременный эффект, а в тяжелых случаях такое лечение оказывается вообще безрезультатным. Применяемые у таких больных реконструктивные операции также не решают полностью данной проблемы, поскольку излечение наступает далеко не у всех оперированных.

Сложившаяся у хирургов за последние два десятилетия неудовлетворенность отдаленными результатами резекции желудка заставила искать новые пути в лечении язвенной болезни. Уже упоминавшийся мною выше факт лучших отдаленных результатов при выполнении резекции по первому способу Бильрота (Billroth I.) заставил некоторых хирургов обратиться к методу резекции, разработанному П. А. Куприяновым и Е. И. Захаровым — гастроеюнодуоденопластике. По этой методике для соединения культи желудка с двенадцатиперстной кишкой, при обширной резекции, используется отрезок тощей кишки на сосудистой ножке, выкроенной из ее брыжейки. Один конец этой кишечной трубки соединяется с культей желудка, второй же — с двенадцатиперстной кишкой. В результате получается полное восстановление пассажа пищевых масс из культи желудка в кишечник через двенадцатиперстную кишку. Однако, эта операция значительно осложняет производство резекции желудка и, следовательно, повышает ее опасность, а главное, что и после этой операции описаны

уже наблюдения с образованием язв в пересаженном участке тощей кишки. Поэтому эта операция и не получила большого распространения.

Есть и другие пути, по которым хирурги стремятся получить лучшие результаты при оперативном лечении больных с язвенной болезнью. Наиболее часто встречающимся пострезекционным синдромом, борьба с которым представляется очень сложной, а результаты наименее благоприятные, является демпинг-синдром. Нельзя ли до операции уже выявить тех больных, у которых он может проявиться после операции? Для этого применяется проба Leonhart, проба с введением глюкозы в тощую кишку и другие, позволяющие вызвать так называемый экспериментальный демпинг-синдром. В госпитальной хирургической клинике В. М. Проценко подготовлена диссертационная работа с целью разрешения этой задачи. Известно, что у значительной части язвенных больных выявляются многообразные и выраженные нарушения в центральной и вегетативной нервной системе, особенно у больных с дуоденальной язвой. Демпинг-синдром встречается чаще именно среди этих больных с выраженными неврологическими расстройствами. Наиболее характерными признаками тяжелой демпинговой атаки являются: учащение пульса, снижение систолического и диастолического давления, падение объема циркулирующей плазмы и повышение тонуса церебральных сосудов на реоэнцефалограмме. В разгаре определения экспериментального демпинг-синдрома указанные выше вегетативные расстройства могут быть выявлены, особенно у тех больных, у которых они проявляются в тяжелой степени. Таким образом, в случае выявления экспериментального демпинг-синдрома, при отсутствии жизненных показаний к операции, хирургу у этих больных лучше вообще отказаться от оперативного лечения. Если же операция неизбежна, то ее необходимо производить с сохранением пассажа через двенадцатиперстную кишку, т. е. заканчивать резекцию желудка обязательно по первому способу Бильрота (Т. П. Макаренко и др.), пользуясь специально разработанными для этого техническими приемами или даже применять интестинопластику по Куприянову-Захарову, что в какой-то мере может являться профилактикой демпинг-синдрома. Правда, надо учесть, что и эти операции имеют свои противопоказания. Их не следует выполнять, если при исследовании до операции обнаруживаются функциональные нарушения двенадцатиперстной кишки (дуоденостаз, дуоденоспазм).

Как же часто выявляется демпинг-синдром до операции? По А. А. Шалимову у 65% исследуемых больных нет predispositionности к демпинг-синдрому, у 30% она опреде-

ляется как демпинг-синдром I—II степени и только у 5% выявляется предрасположенность к развитию демпинг-синдрома III степени.

До сих пор, как я уже указывал, в хирургической практике исходили из необходимости считать наилучшим способом хирургического лечения больных язвенной болезнью производство высокой резекции желудка с обширным иссечением кислотопродуцирующей зоны. Закономерно спросить, какую же протяженность имеет эта кислотопродуцирующая зона в желудке? Еще в тридцатых годах под руководством И. В. Давыдовского я вместе с Н. А. Краевским занимался подробным изучением архитектоники желез желудка в резецированных препаратах. На основании пятидесяти исследованных препаратов можно было придти к следующим выводам: в 34 случаях резекция желудка была произведена в пределах пилорической зоны по малой кривизне, хотя последняя у 20 больных была удалена на расстоянии 7—12 сантиметров от привратника. У трех больных пилорические железы по малой кривизне остались в культе резецированного желудка, несмотря на очень обширную резекцию. Таким образом, мы видим, что даже при субтотальной резекции желудка не может быть уверенности в полном удалении всей пилорической зоны. Этим, очевидно, и можно объяснить, что у 10—20% больных и обширная резекция не вполне снижает кислотность (С. С. Юдин).

В настоящее время для контроля полноты антрэктомии предложена транслюминационная химиопографическая операция с введением kongogat на операционном столе.

Иногда возникают и другие сложности при производстве резекции желудка. При язвах двенадцатиперстной кишки не всегда представляется возможность удаления самой язвы. Глубокая пенетрация ее в поджелудочную железу, печеночно-дуоденальную связку и другие соседние органы, большой воспалительный инфильтрат, нередко сопровождающий язву, выраженный спаечный процесс могут создать такие технические трудности, когда удаление язвы делает операцию очень рискованной. В этих случаях Finsterer предложил «резекцию для исключения» с удалением $\frac{2}{3}$ желудка и оставлением самой язвы в культе двенадцатиперстной кишки, которая должна зарубцеваться. Эта операция всегда делается по второму способу Бильрота, но многие хирурги считают ее порочной из-за недостаточности хороших отдаленных результатов.

Итак, если ранее хирургическая тактика основывалась на необходимости высоких резекций желудка с обширным иссечением кислотопродуцирующей зоны, которое, как мы видим, не всегда является полным, то в последние годы выявилась

отчетливая тенденция к снижению желудочной секреции путем воздействия на физиологические механизмы ее регуляции. В этом отношении большой интерес представляют работы Dragstedt и его школы. В частности, было установлено, что раздражение блуждающих нервов вызывает не только прямое возбуждение деятельности обкладочных клеток, но и высвобождение гастрина в антральном отделе желудка. Если пересечь блуждающие нервы, т. е. сделать операцию, получившую название ваготомии, можно, очевидно, ограничиться и экономной резекцией желудка, удалив только антральный отдел желудка вместо обширной его резекции, рекомендовавшейся прежде. Сама ваготомия не является новым словом в хирургии язвенной болезни. Идея пересечения секреторного нерва желудка базируется на известных работах И. П. Павлова и Е. О. Шумовой-Симановской (1890). Несколько позже Ехнер и Schwarzmann (1912), Bircher (1920) наблюдали после ваготомии выраженное снижение желудочной секреции и сделали заключение о возможности благоприятного влияния ваготомии на заживление язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Но уже эти авторы обращали внимание и на отрицательный эффект ваготомии — пилороспазм и атонию желудка.

В сороковых годах ваготомия получила относительно широкое распространение в клинической практике (С. С. Юдин, В. С. Левит, А. Н. Бакулев, А. Н. Филатов, Ю. Ю. Джанелидзе, Harkins, Longmire и др.). В 1945 г. из клиники В. С. Левита вышла докторская диссертация Л. З. Франк-Каменецкого, в которой экспериментально и клинически был очень хорошо разработан вопрос о ваготомии, симпатэктомии и денервации желудка. Хотя ваготомия значительно легче переносится больными, чем резекция желудка, особенно когда речь идет об ослабленных людях, однако, вскоре как самостоятельное вмешательство операция ваготомии была оставлена вследствие тяжелых расстройств моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта. Я очень хорошо помню тех несчастных больных, у которых развивался энтерит с профузными поносами, особенно в ночное время. Теперь известно, что вследствие эвакуаторных расстройств изолированная ваготомия приводит даже к усилению антральной секреции. Однако, благодаря ваготомии, подавляется нервная, т. е. цефалическая, вагусная фаза желудочной секреции, уменьшается чувствительность обкладочных клеток к гормональной стимуляции, в какой-то мере снижается выделение гастрина и уменьшается моторика и тонус желудка. Отсюда родилось предложение сочетать ваготомию с экономной резекцией желудка — гемигастрэктомией или антрумэктомией.

(Edwards, Herrington, 1947), и этим корегировать обе фазы желудочной секреции, что особенно важно при язвах двенадцатиперстной кишки. Благодаря исследованиям Dragstedt, M. M. Рысса и др., не подлежит сомнению, что язвенная болезнь желудка и язва двенадцатиперстной кишки имеют различный механизм нарушения желудочной секреции. Для желудочной язвы характерны: 1) умеренно повышенная, а нередко и нормальная кислотность желудочного сока; 2) замедленная моторика желудка; 3) длительный застой пищи в желудке. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки чаще наблюдаются другие симптомы, а именно: 1) высокая кислотность желудочного сока, особенно в первой фазе секреции; 2) усиленная моторика желудка и 3) довольно быстрое его опорожнение. Для больных с язвой двенадцатиперстной кишки более характерны нервно-вегетативные расстройства. У них резко возрастают показатели базальной, нестимулированной секреции. Во время сложнорефлекторной фазы желудочной секреции (Dragstedt с соавт.) продуцируется до 80% желудочного сока, в то время как гуморальная фаза секреции дает всего 15%, а кишечная — 5%.

По нашим данным у 40% больных, страдающих дуоденальной язвой, отмечена гиперхлоргидрия, причем, максимальные цифры секреции наблюдались в ответ на инсулиновый раздражитель. Еще 30% больных имели одинаково высокие показатели на инсулин и на гистамин. В то же время у больных с язвой желудка базальная секреция практически оставалась на том же уровне, что и у здоровых, а стимулируемая инсулином и гистамином секреция не превышала также нормальных цифр.

В последние годы сообщается о тысячах экономных резекций желудка в сочетании с ваготомией, и достигнуто согласие о крайней редкости появления пептических язв после этих операций (Herrington a. oth., 1959; Harkins a. oth., 1962; Palumbo a. Shappe, 1965; Scott a. Sawyers, 1967; П. И. Норкунас и Э. М. Норкус, 1970). Мною приведены лишь те авторы, которые располагают отдаленными наблюдениями в сроки от 15 до 20 лет. Ваготомия с экономной резекцией позволяет сохранить 50—60% желудка и произвести резекцию его по первому способу Бильрота, что обеспечивает в известной мере профилактику постгастрорезекционных нарушений.

Меньшая частота пептических изъязвлений и лучшие функциональные последствия экономной резекции желудка в сочетании с ваготомией по сравнению с обширной резекцией дают основание многим авторам (Johnston a. oth., 1964; Schubert a. Westerholm, 1965 и др.) рассматривать эту операцию, как метод выбора при лечении дуоденальных язв. Таковую

же точку зрения высказывают и ученики С. С. Юдина — Б. А. Петров, Д. А. Арапов (1969). В нашей стране этот тип операции стал применяться сравнительно недавно. Исключением является лишь клиника проф. П. И. Норкунаса, имеющего опыт более 1200 гемигастрэктомий в сочетании с ваготомией. Не уступая в большинстве случаев в эффективности обширной резекции желудка, эта операция выгодно отличается от последней тем, что после нее не встречается тяжелых форм постгастрорезекционных расстройств. Это связано, очевидно, и с падением тонуса культи желудка, возникающим в результате ваготомии, что в значительной мере сохраняет резервуарную функцию желудка и замедляет темп поступления пищи в тонкую кишку. Летальность после этих операций невелика (0,87% у П. И. Норкунаса, 2,8% — у Herrington). Отдаленные результаты по данным П. И. Норкунаса: отличные наблюдались у 43,19% больных, хорошие — у 49,3%, удовлетворительные — у 5,63% и неудовлетворительные — у 1,88%.

Если сочетание экономной резекции желудка с ваготомией можно было считать операцией, сохраняющей для больного большую часть желудка, то стали появляться предложения вообще воздержаться от резекции желудка, а вернуться только к ваготомии, но сочетать ее с гастроэнтеростомией (Н. А. Подкаминский, 1925; Dragstedt, 1945), гастродуоденостомией (Lagrot, 1959) или с пилоропластикой, когда-то отвергнутой операцией. Пионером последнего предложения был Weinberg, произведший с 1948 по 1964 гг. 1129 операций ваготомии с пилоропластикой. Именно последняя способствует лучшему опорожнению желудка, предупреждая стаз и длительный контакт пищевых масс со слизистой оболочкой антрального отдела, что сокращает и желудочную (гуморальную) фазу секреции.

Сочетание ваготомии с пилоропластикой или гастроэнтеростомией получило название дренирующей операции. Каковы же ее преимущества? Она является наиболее щадящей «органосберегающей» операцией, сохраняющей полностью желудок, пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке, снижающей при полной ваготомии гормональную фазу секреции в среднем на 70%, способствуя этим заживлению язвы. Эта операция отличается и минимальной летальностью по сравнению с другими операциями на желудке.

Техника ваготомии, если блуждающие нервы пересекаются под диафрагмой, не является сложной. В литературе эта операция получила название стволовой или трункулярной ваготомии, так как пересекаются стволы правого и левого блуждающих нервов. Однако, при производстве этой операции

перерезается чревная ветвь, идущая к поджелудочной железе от правого нерва и веточка к печени — печеночная — от ствола левого блуждающего нерва. Пересечение этих ветвей очевидно не является безразличным для функции этих важнейших органов пищеварительного аппарата. Для того, чтобы сохранить эти важные вагальные ветви, была предложена селективная ваготомия, т. е. пересечение только тех веточек блуждающего нерва, которые идут к желудку. Селективная, т. е. избирательная ваготомия, разработана Latarjet еще в 1922 году, однако, практически она стала применяться после работ Jackson (1947), производившего переднюю стволую ваготомию, а заднюю селективную и Franksson (1948), предложивший двустороннюю селективную ваготомию. Селективная ваготомия получила весьма положительную оценку на XXII Международном съезде хирургов в Вене (1967) и на VI Международном конгрессе гастроэнтерологов в Токио (1966). Но эта операция является уже очень сложной по своей деликатной технике и требует отличного знания вариантов ветвления блуждающих нервов. Далеко не всегда пересечение желудочных ветвей блуждающих нервов бывает полным даже при стволуой ваготомии. Наиболее часто остаются непересеченными дополнительные стволы нерва, идущие к желудку, и желудочные ветви, идущие от печеночной ветви. Оставление же непересеченных ветвей делает эту операцию неполноценной и может привести к рецидиву язвы. Определение полноты ваготомии после операции производится инсулиновым тестом Hollander, т. е. исследованием желудочной секреции после внутривенного введения инсулина.

Литературные данные указывают, что неполная ваготомия встречается чаще всего в пределах 15—20%, особенно при производстве селективной ваготомии. Вот почему окончательная оценка операции ваготомии с пилоропластикой требует очень тщательной проверки в отдаленном периоде наблюдений за этими больными. R. Sanders (1969) в своих опытах на собаках доказывает, что только полная двусторонняя наддиафрагмальная ваготомия приводит к стойкому снижению уровня секреции соляной кислоты. Если судить по литературным источникам, то, видимо, следует учесть, что общее число этих операций пока еще относительно невелико, а сроки наблюдения после операций не у всех достаточно продолжительны для того, чтобы дать окончательное заключение об их положительных и отрицательных сторонах. Нужно принять во внимание возможность развития и так называемого постваготомического синдрома. В то время как нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка или его культы, возникающее не столь редко после ваготомии, обычно имеет переходя-

щий характер и довольно хорошо поддается консервативному лечению, расстройства моторики кишечника, проявляющиеся в виде тяжелой диарреи, могут протекать довольно длительно, значительно нарушая самочувствие больного. Пока сообщения об этих осложнениях встречаются относительно редко, однако, в связи с постепенным расширением в клинической практике операций в сочетании с ваготомией этот раздел болезни оперированного желудка может стать серьезной проблемой. Я был бы необъективным, если бы умолчал о тех данных американских хирургов, которые заставляют осторожнее оценивать роль ваготомии и дренирующих желудок операций при лечении дуоденальных язв.

Так, по данным W. Bryant (1967), на 112 ваготомий с дренирующими операциями по поводу хронических дуоденальных язв рецидивы были отмечены у 17,9%, причем наилучшие результаты наблюдались после ваготомии в сочетании с гастроеюностомией.

J. Herrington (1967) сообщил об отдаленных результатах ваготомии и пилорапластики у 101 больного дуоденальной язвой. По его данным рецидив язвы был отмечен у 10,3% больных, а демпинг-синдром у 25% больных. Поэтому автор не считает это вмешательство «операцией выбора».

В связи с этим мы полагаем, что операции на желудке в сочетании с ваготомией должны применяться лишь в крупных хирургических учреждениях, где может быть произведено тщательное дооперационное обследование больного с определением цефалической (первой) и гастрической (второй) фаз желудочной секреции, квалифицированного изучения моторной функции двенадцатиперстной кишки и ряда тонких биохимических исследований. Метод определения кислотности по Боас-Эвальду является абсолютно непригодным. Рекомендации к внедрению дренирующих операций в широкую клиническую практику, очевидно, надо считать еще преждевременными. Эффективность оперативного вмешательства зависит, как мы видели, и от полноты ваготомии, а приблизительно в 15—20% случаев часть веточек блуждающих нервов остается непорезанной, и вероятность рецидива язвенной болезни возрастает именно у таких больных. В связи с этим представляются весьма актуальными поиски эффективных методов определения полноты ваготомии во время самой операции.

Как же представляется нам перспектива лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки? Прежде всего нужно помнить, что оперативное вмешательство должно проводиться по очень строгим показаниям. Все больные с язвенной болезнью должны длительное время на-

стойчиво лечиться в терапевтических гастроэнтерологических стационарах, и для хирургического вмешательства должны направляться лишь те больные, у которых имеет место осложненное течение язвенной болезни. При язвенной болезни с желудочной локализацией подлежат операции больные с скаллезными язвами, не поддающиеся консервативному лечению, особенно те из них, у которых есть подозрение на малигнизацию язвы, что легко устанавливается теперь биопсией при гастроскопическом исследовании фиброгастроскопом. Частота перерождений простых язв желудка в злокачественные наблюдается по литературным данным от 1,6 до 18%, составляя в среднем около 10% (J. Kukral). Еще более строгий подбор больных с точки зрения показаний к оперативному лечению проводится у больных с дуоденальной язвой. Естественно, что все больные с профузными кровотечениями в анамнезе, неподдающиеся излечению после применения консервативных мероприятий, должны подвергаться своевременной операции.

Остаются неизменными показания к операции у больных с перфорацией язвы. Эти больные направляются для срочной операции по жизненным показаниям, так как для них ранняя операция определяет благополучный исход вмешательства.

В дальнейшем я изложу современные взгляды на способы оперативных вмешательств кровоточащих и прободных язв. Теперь же уместно резюмировать те рекомендации, которые можно было бы сделать в отношении хронически текущих, неподдающихся консервативному лечению язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Очевидно, нет уже сомнений, что при язвах двенадцатиперстной кишки ваготомия в сочетании с экономной резекцией желудка или дренирующей операцией типа пилоропластики, или даже в некоторых случаях гастроеюностомии, имеет не только серьезное патофизиологическое, но и клиническое обоснование, что подтверждается опытом хирургов во всем мире, в том числе и опытом советских хирургов, в частности, и хирургических клиник нашего института, применяющих эти операции.

Выбор способа операции, сочетающейся с ваготомией, должен производиться на основании изучения особенностей клинического течения язв двенадцатиперстной кишки, характера базальной и стимулированной желудочной секреции инсулином и гистамином, изучения моторики желудка, функционального состояния двенадцатиперстной кишки, определения эффективности медикаментозной ваготомии после введения атропина и ганглиоблокаторов (Gillespie-Kay), пробы на демпинг-синдром и других показателей.

Так, если выброс соляной кислоты в ответ на введение гистамина не является предельно высоким, и тест «медикаментозной ваготомии» свидетельствует о том, что блокада блуждающих нервов приводит к значительному подавлению секреции, с учетом положительной пробы Gillespie-Kay не менее, чем на 50%, при одновременной стимуляции секреции гистамином, можно ограничиться ваготомией в сочетании с дренирующей операцией — пилоропластикой или гастроеюностомией. В тех же случаях, когда имеются высокие цифры секреции после введения инсулина и гистамина или «медикаментозная ваготомия» не сопровождается значительным снижением желудочной секреции, обоснована операция резекции антрального отдела желудка в сочетании с ваготомией. При низкой базальной секреции и невысоком уровне ее в ответ на инсулин, что наблюдается чаще при язвах желудка, показана обычная резекция желудка без применения ваготомии.

При операциях, производимых по поводу малигнизированных язв желудка, следует рекомендовать обширную резекцию желудка, размеры которой сообразуются онкологическими соображениями в первую очередь.

Что же можно рекомендовать для лечения осложненных язв? При прободных язвах остается неоспоримым положением производство ранней операции во избежание развития перитонита. У тех больных, у которых перитонит развился, тактика остается прежней, т. е. самое простое вмешательство в виде ушивания язвы и перитонизация ушитой язвы сальником. В тех же случаях, когда больные поступают в первые часы после прободения, может быть предложена различная тактика. Еще до недавнего времени одни хирурги, хорошо владеющие техникой желудочных операций, производили резекцию желудка, удаляя и язву, независимо от места ее расположения, малоопытные хирурги вполне закономерно предпочитали ограничиваться ушиванием прободной язвы. Основным указанием, определяющим поведение хирурга — это спасение жизни больного от смертельной опасности, т. е. от развития перитонита. Конечно, резекция желудка являлась в этой ситуации радикальной операцией, позволяющей опытному хирургу не только сохранить жизнь больного, но и излечить его от язвенной болезни. Ушивание язвы давало гораздо худшие результаты, оно спасало жизнь, но у половины больных оно не заканчивалось излечением язвенной болезни, и этих больных часто (по J. Hamilton — 65%) приходилось оперировать повторно.

Материалы V пленума Всероссийского общества хирургов, состоявшегося в 1968 году в Астрахани, убедительно показывают, что ушивание прободной язвы остается до сих пор

наиболее распространенной операцией. Что же меняется теперь в нашей тактике? Мы полагаем, что при прободной язве, располагающейся в желудке, резекция его является операцией выбора, при прободной же язве двенадцатиперстной кишки или привратника, а таких больных большинство, может быть рекомендована ваготомия с экономной резекцией (при расположении язвы в пилорическом отделе желудка) и с дренирующей операцией — пилоропластикой, при расположении прободной язвы в двенадцатиперстной кишке или пилородуоденальной зоне. В этом случае техника операции, т. е. ваготомия, иссечение краев перфоративной язвы и пилоропластика гораздо проще резекции, и операция дает возможность рассчитывать не только на спасение больного, но и на излечение больного от язвенной болезни. Особенно большое значение такое вмешательство приобретает у молодых больных, у которых производство обширной резекции является, по сравнению с более консервативной ваготомией и пилоропластикой, калечащей операцией.

Основной задачей хирурга при кровотечении является остановка его. За последние годы широкое признание получил метод остановки кровотечения гипотермией (O. Wangensteen, Б. А. Петров, наша клиника) с помощью специальных аппаратов. Больных же с повторными кровотечениями, особенно дуоденальными, приходится срочно оперировать. С. С. Юдин, его ученик Б. С. Розанов доказали, что резекция желудка с удалением самой язвы не только спасает человеку жизнь, но и излечивает его от язвенной болезни. Однако, летальность при этих операциях в руках многих хирургов остается еще достаточно высокой. Это объясняется тем, что операции при профузных кровотечениях предпринимаются обычно уже при выраженной анемии у очень ослабленных больных и необходимо, чтобы оперирующий хирург владел в совершенстве техникой резекции, заканчивая ее в минимально короткий срок. К сожалению, на практике это выглядит далеко от идеала. Есть и другая возможность остановки профузных язвенных кровотечений — это перевязка кровоточащего сосуда. Особенно этот прием можно рекомендовать в наиболее технически сложных операциях при кровотечении из дуоденальных язв, расположенных на задней стенке, когда резекция представляется особенно трудной. В этих случаях лигирование кровоточащего сосуда с ваготомией и пилоропластикой (Weinberg) по сравнению с резекцией желудка является минимальным вмешательством. При расположении же язвы на передней стенке она может быть иссечена, и этим надежно остановлено кровотечение, а ваготомия с пилоропла-

стикой дают возможность избавить больного от рецидива язвенной болезни.

Теперь, после изложения тех принципиальных вопросов, которые лежат в основе применения хирургической тактики, рекомендуемой в настоящее время при лечении больных язвенной болезнью, разрешите поделиться теми результатами оперативных вмешательств, которые имеет госпитальная хирургическая клиника при использовании ваготомии. С января 1966 г., когда клиника стала применять ваготомию, как метод лечения язвенных больных, по сентябрь 1970 г. было произведено 463 операции по поводу язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. На эти 463 операции у 238 больных, т. е. 51,4%, была сделана ваготомия. Я хотел бы подчеркнуть этим, что клиника очень осторожно подошла к применению этой операции. У 238 больных, которым была произведена ваготомия, она сопровождалась почти у половины больных экономной резекцией (106 операций), а у остальных — пилоропластикой (132 операции). Из 238 ваготомий 198 раз произведена стволовая поддиафрагмальная ваготомия и только у 40 — селективная. Из общего числа оперативных вмешательств с ваготомией (238) 40 операций сделаны у больных, страдающих хронической дуоденальной язвой, не поддававшейся настойчивому и длительному консервативному лечению; 37 операций сделано у больных со стенозом привратника; 89 — по поводу прободных язв и 44 — при кровотечении. Плановых операций было 111, экстренных — 127. Ваготомия в сочетании с резекцией желудка у больных, страдавших желудочной язвой, была произведена в 28 случаях. Необходимо учесть, что при желудочных язвах ваготомия выполнялась только у больных с интенсивной базальной секрецией и со значительным преобладанием секреции в ответ на инсулин, по сравнению с секрецией, вызванной гистамином.

Каковы же исходы наших 238 операций? На 111 больных, которым была сделана плановая операция, мы потеряли двух от абсцедирующей пневмонии. Из 127 больных, оперированных в экстренном порядке, умерло 5, из них 2 больных, старше 75 лет, оперированные по поводу профузного язвенного кровотечения умерли от эмболии легочной артерии, больная 80 лет — от острой сердечно-сосудистой недостаточности, и 1 больной — 29 лет, страдавший хроническим нефритом с тяжелой почечной недостаточностью, умер от уремии. Если бы мы воздержались у этих больных от ваготомии, то мы имели бы еще более благоприятные результаты, но мы не считали возможным ради этого отказываться от ваготомии у почти безнадежных больных. Из 89 больных, оперированных по поводу прободной язвы, умер 1 больной после резекции желуд-

ка с ваготомией в результате расхождения швов культи двенадцатиперстной кишки. Таким образом, из 7 больных, которых мы потеряли на 238 операций с ваготомией (2,5%), только у одного смертельный исход можно рассматривать, как осложнение, связанное с резекцией желудка.

Необходимо отметить, что у большинства оперированных нами больных послеоперационный период протекал значительно легче, чем после обычной резекции желудка. У сравнительно небольшого числа больных наблюдалась непосредственно после операции выраженная атония желудка или культи его, если производилась экономная резекция. В этих случаях мы проводили у больных в течение 3—5 дней после операции аспирацию желудочного содержимого назогастральным зондом.

Послеоперационное исследование желудочной секреции детально изучено нами у 110 оперированных больных. Эти исследования показали, что ваготомия в сочетании с экономной резекцией желудка или пилоропластикой у большинства больных обеспечивает надежное подавление желудочной секреции. Положительный тест Hollander, свидетельствующий о неполной ваготомии, отмечен нами у 14 из 110 исследованных больных, т. е. у 12,7%, что соответствует, в общем, литературным данным.

Конечно, мы не имеем права говорить еще об отдаленных результатах. В сроки от 6 месяцев до 3 лет в условиях стационара нами было обследовано 98 больных. Изучение желудочной секреции в динамике дает основание считать, что показатели секреции, выявленные непосредственно после операции, у подавляющего большинства обследованных больных оставались такими же и в более отдаленные сроки после нее. В течение ближайших 3—6 месяцев после операции полностью восстанавливается моторная деятельность желудка, причем, особенно быстро процесс компенсации происходит у тех больных, которым ваготомия производилась в сочетании с пилоропластикой.

Как известно, постгастрорезекционные нарушения после резекции желудка наблюдаются у большинства больных в течение первого года после операции, у оперированных нами больных, которым была произведена ваготомия, мы не наблюдали серьезных постгастрорезекционных нарушений. Лишь у 6 больных была отмечена легкая степень демпинг-синдрома, а у двух наблюдалась умеренно выраженная диаррея.

Таким образом, можно считать, что щадящие операции на желудке в сочетании с ваготомией при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки патогенетически обо-

снованы, дают в общем вполне удовлетворительные результаты и несложны при условии тщательной отработки их техники. Во всяком случае, все чаще ставится под сомнение необходимость производить обширные резекции желудка. Критические замечания в отношении операций с применением ваготомии, очевидно, не столь уже существенны, тем более, что при субтотальной резекции ваготомия тоже производится, так как большая часть вагусных ветвей, идущих к желудку, пересекается *. Целесообразность применения органосберегающих операций на желудке в сочетании с ваготомией сохраняет больному большую часть этого важного в пищеварении органа. Окончательная оценка этих операций, их достоинств и осложнений, видимо, будет произведена в ближайшие годы, особенно принимая во внимание, что коллективы многих хирургических учреждений нашей страны и нашего института в частности, постепенно изучают эти вопросы. Но уже и теперь можно сказать, что имеющийся в распоряжении хирурга арсенал средств хирургического лечения больных с язвенной болезнью позволяет выбрать наиболее рациональный метод оперативного вмешательства с учетом локализации и особенностей клинического течения язвы, характера желудочной секреции до операции, моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, выявления склонности к развитию демпинг-синдрома.

Я приношу глубокую признательность моим ученикам, работающим на протяжении многих лет над изучением сложной проблемы лечения больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Я благодарю всех присутствующих за внимание.

* С. С. Юдин пишет в своей монографии, что при резекции желудка захватывается весь ствол блуждающего нерва, который и пересекается.