

В.А. ПЛАНДОВСКИЙ, С.Н. ШНИТКО

**ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ НАДДИАФРАГМАЛЬНАЯ СТВОЛОВАЯ
ВАГОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ
ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА**УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Пептическая язва гастроэнтероанастомоза является одним из наиболее тяжёлых осложнений после резекции желудка и составляет от 0,5 до 10%. Вследствие неэффективности медикаментозной терапии хирургический способ лечения является методом выбора у больных с послеоперационной пептической язвой. В статье авторы представили анализ выполнения видеоторакоскопических наддиафрагмальных стволовых ваготомий у 11 больных с пептической язвой вагусного генеза. При анализе ближайших результатов оценивались характер течения послеоперационного периода, а также развивающиеся послеоперационные осложнения.

Первый опыт выполнения видеоторакоскопической наддиафрагмальной стволовой ваготомии при пептической язве гастроэнтероанастомоза позволяет говорить о перспективности данного метода.

Ключевые слова: видеоторакоскопическая ваготомия, пептическая язва, гастроэнтероанастомоз, хирургическое лечение

Peptic ulcer of the gastroenteroanastomosis is one of the most difficult complications developing after gastric resection and it composes 0,5–10%. Because of the non-effective medicine application, surgery is a method of choice in treatment of patients with the postoperative peptic ulcer. In the article the authors present the analysis of videothoroscopic supradiaphragmatic truncal vagotomies performed in 11 patients with vagus-genesis peptic ulcer. While analyzing the immediate results, the character of the post-operative period course and developing postoperative complication were estimated.

The first experience of carrying out videothoroscopic supradiaphragmatic truncal vagotomies in case of the postoperative peptic ulcer allows speaking about prospects of the given technique.

Keywords: videothoroscopic vagotomy, peptic ulcer, gastroenteroanastomosis, surgical treatment

Введение

Ведущее место в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) по-прежнему занимает резекция желудка (РЖ). Однако пептическая язва гастроэнтероанастомоза (ПЯГЭА) после данной операции возникает в 0,5–10% случаев, что значительно ухудшает результаты РЖ [1, 2].

Среди основных причин возникновения ПЯГЭА необходимо выделить: доминирующее значение n. vagus в регуляции желудочной секреции, недостаточная по

объёму резекция желудка, а также наличие язвенногенных новообразований (синдром Золлингера-Эллисона) [1, 3]. Следует отметить, что надежное подавление кислотопродукции при РЖ, не дополненной ваготомией, возможно только при обширном повторном иссечении кислотопродуцирующей зоны желудка [2]. Но и после реконструктивных оперативных вмешательств отмечается высокий процент рецидива язв [4, 5, 6].

Указанные недостатки РЖ побуждают к поискам новых способов лечения ЯБДК, в том числе и хирургических. Одним из

таких методов является ваготомия, внедрённая в широкую хирургическую практику L.R. Dragstedt в 1943 г. [7]. Однако до сих пор эти операции выполняются в подавляющем большинстве случаев лапаротомным или торакотомным доступами, которые уже сами по себе несут значительную травму для больного [2].

Благодаря созданию современной телевизионной аппаратуры, включающей цветные малогабаритные видеокамеры, мощные источники холодного света, видеомониторы с высокой разрешающей способностью, а также сшивающих аппаратов и прецизионного инструментария, метод торакокопии, предложенный Н. Jacobaeus в 1910 году, переживает своё второе рождение [8]. Видеоторакокопические операции, характеризуясь малой травматичностью и высокой эффективностью, становятся альтернативой традиционным торакотомиям, дают новый импульс развитию не только общей торакальной, но и желудочной хирургии [9].

Цель исследования. На основании первого опыта и анализа непосредственных результатов видеоторакокопической наддиафрагмальной стволовой ваготомии (ВНСВ) показать возможность и целесообразность операции в лечении больных с ПЯГЭА.

Материал и методы

В нашей работе приведён первый опыт 11 ВНСВ, накопленный кафедрой военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в УО «Белорусский государственный медицинский университет» на клинической базе отделения торакальной хирургии 432 Главного военного клинического медицинского центра Республики Беларусь.

Все 11 пациентов были мужчинами в возрасте от 27 до 69 лет (средний возраст

составил $47,2 \pm 8,13$ лет). ПЯГЭА возникла у 8 больных после резекции желудка по Бильрот - 1, у 3-х – по Бильрот - 2. Реконструктивные оперативные вмешательства в анамнезе выполнены 5 больным, что составило 45,5%.

Период между РЖ и появлением ПЯГЭА в среднем составил $5,7 \pm 0,21$ лет. Кровотечение в анамнезе регистрировалось у 9 (81,8%) больных, перфорация язвы – у 2 (18,2%). В ходе длительного (более 3 лет) лечения с применением различных комбинаций противоязвенных препаратов у всех больных не удалось добиться заживления язвенного дефекта. У пациентов сохранялись диспептические расстройства и болевой синдром, связанный с приёмом пищи, плохо купируемый введением анальгетиков.

В предоперационном периоде всем больным выполнены эзофагогастроскопия (ЭГС) с гистологическим исследованием слизистой оболочки культи желудка на наличие геликобактерной инфекции, рентгенологическое исследование культи желудка с пассажем бария по кишечной петле, исследование кислотопродуцирующей функции желудка методом внутрижелудочной рН-метрии, а также изучение содержания сывороточного гастрина [3].

Проведение ЭГС позволило во всех 11 случаях выявить ПЯГЭА. Средний размер язвенного дефекта составил $0,8 \pm 0,02$ см. При выполнении рентгенологического исследования у больных пенетрации ПЯГЭА в другие органы не обнаружено.

Внутрижелудочная рН-метрия выявила выраженную гиперацидность (средний показатель рН составил $1,4 \pm 0,03$) в сочетании с непрерывной гиперпродукцией соляной кислоты. При исследовании гастрина крови у больных с ПЯГЭА были исключены антрум-синдром (оставленный над привратником антральный отдел желудка с неудалённой слизистой при РЖ) и

синдром Золлингера-Эллисона.

Результаты и обсуждение

Показаниями к хирургическому лечению ПЯГЭА методом ВНСВ явились: наличие ЯБДК с кровотечением в анамнезе, рецидивирование язвы и подтвержденный лабораторными методами исследования вагусный генез пептической язвы при отсутствии таких осложнений как стеноз, пенетрация, желудочно-ободочный свищ и малигнизация [2, 3].

Всем больным ВНСВ проведена под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией лёгких из левостороннего доступа. Доступ к пищеводу слева предпочтителен ввиду анатомических особенностей заднего и переднего блуждающих нервов, с учётом большей частоты рассыпного типа строения переднего блуждающего нерва, а также лучших условий для манипуляции на нём при достижении наддиафрагмальной части нижней трети пищевода слева [2].

Оперативное вмешательство проводили в условиях искусственного пневмоторакса методом «открытых троакаров», без введения иглы Вереша и нагнетания газа в плевральную полость, из 3-х троакаров в третьем, четвертом и седьмом межреберьях.

В соответствии с рекомендациями других авторов перед основным этапом операции в желудок вводили толстый зонд для освобождения его от жидкости, воздуха, а также с целью идентификации стенок пищевода при его скелетировании. В сложных ситуациях использовали эзофагогастроскоп с целью выполнения трансиллюминации [2, 3].

Так как доступ к пищеводу закрыт легким, его смещали эндоскопическим ретрактором вверх и вперёд. При тракции легкого происходит натяжение легочно-

плевральной связки, которую пересекали на протяжении 2–4 см электрокрючком. После коллабирования и смещения легкого рассеклась медиастинальная плевроа и выделялся пищевод.

Первым обрабатывался задний, а затем передний блуждающий нервы. Во избежание кровотечения нервы клипировали с двух сторон и иссекали на протяжении 1,5–2,0 см. Резецированные участки нервов направляли на гистологическое исследование. Во всех случаях наличие нервной ткани в препаратах подтверждено.

Операцию заканчивали расправлением легкого и установкой дренажей в плевральную полость.

Продолжительность оперативного вмешательства в среднем составила $75,9 \pm 6,3$ мин. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено.

Послеоперационный период характеризовался благоприятным течением с ранней активизацией больных. Дренажи удалялись в первые сутки после операции. Введение ненаркотических анальгетиков в целях обезболивания проводили в первые 2-ое суток.

В ближайшем послеоперационном периоде по результатам контрольной ЭГС рубцевание язвы выявлено у 8 (72,7%) больных, у 3 (27,3%) – уменьшение в размерах язвенного дефекта.

Контрольная внутрижелудочная рН-метрия показала повышение рН у больных (в среднем с $1,4 \pm 0,03$ до $2,1 \pm 0,19$, $p < 0,05$). Наши данные подтверждают данные литературы, что положительный эффект лечения ПЯГЭА методом ВНСВ достигается в результате снижения секреции соляной кислоты [3].

Заключение

Таким образом, наш первый опыт применения видеоторакоскопической надди-

афрагмальной стволовой ваготомии при пептических язвах гастроэнтероанастомоза показывает, что данное оперативное вмешательство является эффективным методом, позволяющим улучшить исходы лечения больных при минимальной травматичности и незначительном операционном риске.

Приобретение опыта выполнения подобных эндоскопических операций и изучение отдалённых результатов позволят в последующем конкретизировать показания к пособию в целях улучшения результатов лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курыгин, А. А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии / А. А. Курыгин, В.В. Румянцев. – СПб., 1992. – 230 с.
2. Применение торакоскопической ваготомии в оперативном лечении пострезекционных пептических язв / А. С. Балалыкин [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2001. – № 5. – С. 27-31.
3. Лубянский, В. Г. Видеоторакоскопическая ваготомия в хирургическом лечении больных с пептической язвой гастроэнтероанастомоза после резекции желудка / В. Г. Лубянский, В. Н. Шевченко // Вестник хирургии. – 2007. – № 6. – С. 54-55.
4. Чистова, М. А. Хирургическое лечение постгастрорезекционных синдромов / М. А. Чистова, Л. В. Чистов // Хирургия. – 1994. – № 5. – С. 29-32.
5. Dubois, F. Vagotomies – laparoscopic or thoracoscopic approach / F. Dubois // End. Surgery. – 1994. – N 2. – P. 100-104.
6. Thoracoscopic vagotomy for recurrent ulcer after previous gastric operation / R. Poon [et al.] // Aust. N-Z. J. Surgery. – 1997. – N 4. – P. 177-180.
7. Dragstedt, L. R. Supradiaphragmatic section of the vagus nerves in treatment of duodenal ulcer / L. R. Dragstedt, F. M. Owens // Proc. Soc. Exp. Biol. Med. – 1943. – N 6. – P. 152-156.
8. Шнитко, С. Н. Видеоторакоскопическая хирургия / С. Н. Шнитко, Л.Н. Бисенков. – Минск, 2006. – 248 с.
9. Шнитко, С.Н. Диагностические и лечебные возможности видеоторакокопии в грудной хирургии: дис. ... д-ра мед. наук: 03.15.03 / С.Н. Шнитко. – Минск, 2002. – 280 с.

Адрес для корреспонденции

220138, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. Карвата, д. 25, кв. 64,
тел. раб. + 375 17 285-66-83,
e-mail: vmedf_bgmu95@mail.ru,
Шнитко С.Н.

Поступила 9.09.2009 г.