

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ТРАНСГАСТРАЛЬНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ВАГОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Шепетько Е. Н., Ефремов В. В., Мостовой С. Е., Шепетько А. Е., Гармаш Д. А.

Национальный медицинский университет, г. Киев

Лечение осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является одной из сложнейших проблем абдоминальной хирургии. В последнее время селективная проксимальная ваготомия (СПВ) стала ведущим оперативным вмешательством как в плановой хирургии, так и при неотложных осложнениях дуоденальных язв.

Однако, эта операция несмотря на общеизвестные достоинства и преимущества, не лишена недостатков. Нежелательными последствиями СПВ является отдаление источников экстраорганоного кровообращения и перемещение кровотока на интрамуральную сеть, что может сопровождаться, хотя и очень редко, некрозом малой кривизны желудка и моторно-эвакуаторными нарушениями, с которыми связывается развитие язвы по малой кривизне желудка и выраженного перигастрита с формированием грубых рубцовых сращений проксимального отдела желудка с окружающими органами в отдаленные сроки после операции [3, 4, 5]. При скелетировании малой кривизны желудка не исключается повреждение нерва Летарже или дистальной антральной ветви (с частотой 7 - 9%), что может привести к развитию гастростаза и рецидиву язвы с локализацией ее в желудке [1, 5, 6].

Одной из причин неполной ваготомии при выполнении СПВ является участие окольных путей в регуляции секреции и, в частности, желудочно-сальниковых и других артерий желудка, а также кислоторегулирующих волокон, следующих в составе концевых ветвей нерва Летарже и проникающих на территорию париетальных клеток интрамурально [3, 4, 5, 6, 7]. При выполнении СПВ в определенной мере происходит нарушение клапанной функции пищеводно-желудочного перехода, что требует дополнения СПВ эзофагофундопликацией [2].

Трансгастральная селективная проксимальная ваготомия (ТСПВ) основана на серотомии вдоль малой кривизны ниже пищеводно-желудочного перехода. Как альтернатива традиционной СПВ были предложены операции по Petropoulos (1981) [6, 8], Taylor (1982) [7, 9].

В клинике предложена модифицированная трансгастральная селективная проксимальная ваготомия (МТСПВ), особенности выполнения которой заключаются в следующем: после рассечения желудочно-ободочной связки от антрального отдела до коротких сосудов скелетировали малую кривизну от "гусиной лапки" до пищевода. Затем от уровня кардии по передней и задней стенке выполняли дугообразно (в

виде серпа) семиотомию до уровня коротких желудочных сосудов. Пищевод в зоне эзофагокардиального перехода не скелетируют и не обнажают. Серомиотомические разрезы ушивают серо-серозными узловыми швами или непрерывным обвивным швом и синтетического рассасывающегося материала (дексон, максон). В зоне серомиотомии использовали аппликацию клея МК-3 (3 пациента), а также свободную прядь сальника (2 пациента), уложенную на зону серомиотомии, с последующим наложением серо-серозных швов для предупреждения последующей реиннервации.

МТСПВ по разработанной методике предпринята у 57 больных осложненными дуоденальными язвами, из которых у 49 была острокровоточащая, а у 8 стенозирующая и пенетрирующая язва. 8 пациентам МТСПВ выполнена в изолированном виде (7) либо с дуоденопластикой (1), у 49 она дополнена дренирующей операцией в виде пилоропластики по Финнею (38), Гейнеке-Микуличу (7), Джадду (3), гастродуоденостомии по Жабуле (1).

Отдаленные результаты после МТСПВ прослежены у 13 пациентов в сроки от 14 до 16 лет. Демпинг-синдром отмечен у 2(15%) больных, дуоденогастральный рефлюкс у 2(15%), рецидив язвы – у 2(15%). Диареи не было ни у одного больного. В отдаленные сроки после операции БПК оказалась сниженной на 72-76%, а МПК – на 68 – 74%. Инсулиновый тест Холландера был положительным у 5 пациентов, но лишь у двух из них ваготомия оказалась неадекватной в связи с чем возник рецидив язвы. При оценке отдаленных результатов Visick I-II степени был у 61,5%, Visick III степени – у 23,5%, Visick IV степени – у 15%. Достаточно высокая частота рецидивов язвы указывает на необходимость с осторожностью относиться к применению этой операции у пациентов с чрезмерно высокими показателями желудочной секреции.

Выводы. 1. В спектре органосохраняющих операций МТСПВ заслуженно может занять свое определенное место при лечении осложненных язв двенадцатиперстной кишки. 2. МТСПВ целесообразно применять в плановой хирургии осложненных дуоденальных язв и при язвенных кровотечениях в отсроченном периоде у пациентов с умеренной гиперсекрецией. 3. МТСПВ не нарушает замыкательной функции кардии, сокращает время выполнения вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А. И., Иванов Н. Н. Особенности кислотообразующей функции желудка после трансгастральной селективной проксимальной ваготомии // Вестн. хирургии. -1990.-т.144.-№2.-С.21-23.
2. Горбашко А. И., Иванов Н. Н. Функция пищеводно-желудочного перехода после трансгастральной селективной проксимальной ваготомии // Вестн. хирургии. -1990.-т.144.-№3.-С.23-26.
3. Иванов Н. Н., Беляев В. Н. Интрамуральная селективная проксимальная ваготомия // Вестн. хирургии.-1983.-№5-С.47-50.
4. Иванов Н. Н., Горбашко А. И. Десятилетний опыт применения трансгастральной селективной проксимальной ваготомии // Вестн. хирургии. -1991.-т.147.- №7-8.- С.13-18.
5. Шапошников А. В., Неделько А. И. Серозно-мышечная проксимальная ваготомия в лечении пилородуоденальных язв // Клини. хирургия. -1988.-№8.-С.26-29.
6. Petropoulos P. S. Early results of simplified proximal highly selective vagotomy without drainage // Surgery, Gynecology & obstetrics. - 1980. - №2, February. - V.150.- P.219-255.
7. Taylor T. V., Gunn A. A, Macleod D. A. D., MacLennan I. Anterior lesser curve seromyotomy and posterior truncal vagotomy in the treatment of chronic duodenal ulcer // Lancet.- 1982-V.2-P. 846-848.
8. Petropoulos P. C. Tobale Transgastrische Hochselektions-Vagotomie // Zbl. Chirurgie - 1981. - Bd.106. - s. 1409-1420.
9. Taylor T. V. Walker W. S. A modification to the technique of lesser curve myotomy // Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.-1982-vol. 64.-№2-P.123-124.

РЕЗЮМЕ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ ТРАНСГАСТРАЛЬНОЇ СЕЛЕКТИВНОЇ ПРОКСИМАЛЬНОЇ ВАГОТОМІЇ В ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Шепетько Є.М., Єфремов В.В., Мостовий С.Є., Шепетько О.Є., Гармаш Д.О.

Модифікована трансгастральна селективна проксимальна ваготомія (МТСПВ) проведена у 57 пацієнтів з ускладненою виразкою дванадцятипалої кишки. У терміни до 16 років після операції Visick I-II ступеня відмічений у 61,5% пацієнтів, рецидив виразки – у 15%.

SUMMARY

EFFICIENCY OF APPLICATION OF MODIFIED TRANSGASTRIC SELECTIVE PROXIMAL VAGOTOMY IN TREATMENT OF COMPLICATED DUODENAL ULCERS

E.N. Shepetko, V.V. Yefremov, S.E. Mostovoy, A.E. Shepetko, D.A. Garmash

Modified transgastric selective proximal vagotomy (MTSPV) is undertaken at 57 patients with complicated duodenal ulcer. In terms till 16 years after operation Visick I-II is marked at 61,5% of patients, the recurrence of ulcer at 15%.