

КРИОВАГОТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

В.В. Бойко¹, Е.Д. Хворостов², С.В. Сушков¹

¹Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков

²Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, кафедра хирургических болезней

РЕЗЮМЕ

Автором приводится опыт выполнения 89 лапароскопических ваготомий выполненных на протяжении 7 лет, из них у 26 больных была применена разработанная авторами (Декларационный патент на изобретение № 33508А) методика лапароскопической ваготомии.

Сделаны следующие выводы: лапароскопическая криоваготомия является операцией выбора у больных *Helicobacter pylori* – негативными осложненными дуоденальными язвами, не поддающимися в течение 10 недель адекватному консервативному лечению. Применение лапароскопической криоваготомии позволяет оптимально снизить кислотопродукцию желудка без нарушения эвакуаторной функции. Техническая простота выполнения в сочетании с эффективностью в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде на фоне значительного снижения финансовых затрат – позволяет рекомендовать лапароскопическую криоваготомию к широкому применению в группе *Helicobacter pylori* – негативных больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с упорным рецидивированием и осложненным течением.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хирургические методы лечения, лапароскопическая криоваготомия

Постановка проблемы в общем виде. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки занимает ведущее место в хирургической гастроэнтерологии. Высокие медицинские технологии, на основе видеолапароскопических методов операций, став «золотым стандартом» в хирургии желчекаменной болезни на рубеже XXI века, сместили баланс операций в сторону малоинвазивных, органосохраняющих вмешательств во всех хирургических отраслях.

Предложенная в 1922 году Латарже [3] и внедренная в 1943 году Драгстедом и Оуенсом [2], ваготомия по праву стала основным оперативным вмешательством применяемым при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и прошла путь от стволовой до высокоселективной.

Несмотря на революционные успехи H₂-блокаторов и ингибиторов водородной помпы в консервативном лечении язвенной болезни, открытие корреляционной связи дуоденального язвообразования с *Helicobacter pylori*, 13-15% больных, имеющих изолированное повышение кислотности желудка, нуждаются в выполнении ваготомии [1].

Связь проблемы с важными научными или практическими заданиями. Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина “Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки” № госрегистрации 0100U005308.

Анализ последних исследований и публикаций. Возможность выполнения лапароскопической ваготомии актуализировала проблему хирургического лечения дуоденальных язв. Значительное сокращение сроков реабилитации и снижение стоимости хирургического лечения, в сравнении с противоязвенной терапией побудило хирургов к внедрению и оптимизации лапароскопической ваготомии [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Наиболее распространенными видами лапароскопической ваготомии считаются:

- Задняя стволовая с передней селективнопроксимальной ваготомией (СПВ),
- Задняя стволовая с передней серомиотомией,
- Задняя стволовая с передней степлерной селективнопроксимальной ваготомией.

Katkhoua и соавт. (1998) описали технику расширенной СПВ с помощью гармонических ножниц, примененную у 10 пациентов с хроническими *Helicobacter pylori*-негативными дуоденальными язвами. Осложнений не было. Все больные выписаны на следующий день после операции. РН-метрический контроль через 2 месяца показал снижение базальной кислотопродукции на 74% и стимулированной – на 79,2% [4].

Балалыкин А.С. и соавт. (1996) опубликовали результаты 92 операций. Интраоперационные осложнения составили 6,5%, рецидивы в отдаленном периоде – 7,3% [8].

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. Анализ использования эндоскопических хирургических технологий в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки выявил отсутствие единого под-

хода как в выборе методики ваготомии, так и технике её выполнения. Большинство хирургов выполняется задняя стволовая и передняя СПВ или серомиотомия. Выполнение лапароскопической СПВ позволяет не проводить дренирующие операции. Стремление хирургов к максимально селективной ваготомии побудило многих исследователей к поиску других вариантов выполнения желудочной денервации.

С 1996 года в Дорожной клинической больнице станции Харьков Южной железной дороги начато изучение низкотемпературной денервации желудка.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности проведения лапароскопической криоваготомии в комплексном хирургическом лечении больных хроническими дуоденальными язвами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашей клинике с 1997 по 2004 год выполнено 89 лапароскопических ваготомии. Операция Тейлора (задняя стволовая и передняя серомиотомия) выполнена в 29 случаях, 30 больным выполнена операция Хилла-Баркера (задняя стволовая и передняя СПВ), 4 пациентам выполнена расширенная СПВ с применением гармонического скальпеля, у 26 больных выполнена задняя стволовая и передняя криоваготомия.

Показания для выполнения лапароскопической ваготомии:

1. *Helicobacter pylori* – негативные дуоденальные язвы.
2. Длительный язвенный анамнез (более 5 лет) с частыми рецидивами (более 2 за год), либо постоянно рецидивирующим течением, несмотря на проводимую адекватную противоязвенную терапию.
3. Неосложненные язвы пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки не поддающиеся заживлению при медикаментозной терапии в течение 10 недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 26 случаях передняя СПВ осуществлена путем лапароскопической низкотемпературной денервации малой кривизны желудка (Декларационный патент на изобретение № 33508А).

Возможность лапароскопической криоваготомии обоснована экспериментальными исследованиями, разработан и внедрен лапароскопический криозонд, позволяющий добиться – 70 °С на контактирующей поверхности оливы зонда.

Возраст больных от 21 до 68 лет; мужчин было 66, женщин – 23; язвенный дефект 0,5-1,5 см располагался в 35 случаях на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, в 38 – на задней стенке, у 10 пациентов – по верхнему и у 6 – по нижнему контуру *duodenum*. Гиперацидность констатирована у 65 больных (73%), в 20 случаях (22,5%) – нормацидное состояние внешнесекреторной функции желудка. В 4,5% случаев выявлена гипоацидность.

Передняя селективно-проксимальная криоваготомия осуществлялась в низкотемпературном режиме – 70 °С, время экспозиции составляло 5 мин. Технологические характеристики криоваготомии выработаны на основе экспериментально-клинических исследований. Примененная методика лапароскопической ваготомии максимально соответствовала полной ваготомии и не приводила к ишемическим нарушениям в стенке желудка.

Продолжительность операции составила 68 минут.

Послеоперационные осложнения не отмечены. Неповрежденная вагусная иннервация пилоруса приводит к нормализации эвакуаторной функции желудка в течение 18 часов, что позволяет полностью отказаться от необходимости выполнения дренирующих операций. Функциональная активность пациентов соответствовала дооперационной спустя 24 часа после операции, перистальтика восстанавливалась в течение 18-22 часов с момента операции, болевой синдром был не выражен, что позволило полностью отказаться от применения наркотических анальгетиков и выписать больных из стационара спустя 72 часа с момента операции. Если средний срок дооперационного пребывания в стационаре зависел от длительности заболевания, наличия осложнений и сопутствующей соматической патологии и составлял в среднем 3-6 суток, то послеоперационный период не превышал 4-5 суток.

Максимального ингибирования кислотопродукции удалось добиться при расширенной СПВ (до 88% исходной базальной и 85% – стимулированной пентагастрином), рецидивы язвообразования не наблюдались в течение 5 лет. Операция Тейлора позволила снизить базальную кислотность на 69% и максимальную на 77%, отмечено 5 рецидивов (5,6%) в течение 5 лет. Операция Хилла-Баркера соответствовала 80% снижения базальной и 74% стимулированной кислотопродукции, что привело в течение 5 лет к 2 рецидивам язв. Задняя стволовая и передняя криоваготомия малой кривизны желудка позволила ингибировать уровень базальной

кислотопродукції на 84% і стимульованої на 91% по порівнянню з вихідною.

Летальних виходів як і післяопераційних ускладнень в групі хворих язвенною хворобою з застосуванням криоваготомії не було. Середня нетрудоспособність складала 14 днів з моменту операції, а зниження фінансових витрат – в 4 рази порівнянню з групою хворих, лікуваних консервативно.

Таким чином, лапароскопічна криоваготомія є операцією вибору у хворих *Helicobacter pylori* – негативними ускладненими дуоденальними язвами, не піддаючись в течение 10 тижнів адекватному консервативному ліченню. Операція є малоінвазивною, значально скорочує терміни стаціонарного лічення і загальну нетрудоспособність пацієнтів. Аналіз результатів лічення хворих язвенною хворобою дванадцятипалої кишки з застосуванням лапароскопічної криоваготомії показав її високу ефективність, що співпадає з результатами застосування розширеної лапароскопічної СПВ, простоти технічного виконання і скорочення часу операції.

ВИВОДИ

1. Лапароскопічна криоваготомія є операцією вибору у хворих *Helicobacter pylori* – негативними ускладненими

ними дуоденальними язвами, не піддаючись в течение 10 тижнів адекватному консервативному ліченню.

2. Застосування лапароскопічної криоваготомії дозволяє оптимально знизити кислотопродуцію шлунка без порушення евакуаторної функції.
3. Технічна простота виконання в поєднанні з ефективністю в найближчому і віддаленому післяопераційному періоді на фоні значального зниження фінансових витрат дозволяє рекомендувати лапароскопічну криоваготомію до широкого застосування в групі *Helicobacter pylori* – негативних хворих язвенною хворобою дванадцятипалої кишки з упорним рецидивуванням і ускладненим теченням.

Дальніше розвиток досліджень по використанню низьких температур в поєднанні з малоінвазивними відеолапароскопічними технологіями у хворих язвенною хворобою дванадцятипалої кишки дозволить досягти високої ефективності хірургічного лічення, значально знизити економічні витрати, покращити результати лічення і максимально оптимізувати якість життя цієї категорії хворих.

ЛИТЕРАТУРА

1. De Oliveira L., Reissman P., Wicsner S.D. Laparoscopic creation of stomas. Collection of reports: 4th International Congress of The European Association for Endoscopic Surgery; Trondheim, Norway June 1996. P. 19.
2. Dragstedt L.R., Owens F.M. // Proc Soc Exp Biol Med. 1943. № 53. P. 152-154.
3. Hill G.L., Barker M.J.C. // Br J. Surg. 1978. № 65. P. 702-705.
4. Katkhouda N., Mills S., Mouiel J. // Bull Acad De Med. 1922. № 87. P. 681-691.
5. Taylor T.V. // Br J. Surg. 1979. № 66. P. 733.
6. Taylor T.V., McLeod D.A.D., Gunn A.A., et al. // Lancet, ii. 1982. 846 p.
7. Балалыкин А.С., Слесаренко С.С., Попов А.Ф., и др. // Тез. докл. Научной конференции «Лапароскопическая хирургия органов брюшной полости», 20-21.06.9, Москва. Эндоскопическая хирургия. 1996. № 4, С.12.
8. Кузин Н.М., Егоров А.В. // Хирургия. 1994. № 5. С. 17-21.
9. Курыгин А.А., Курыгин Ал.А., Серова Л.С., Смирнов А.Д. Ваготомия в нестандартных ситуациях абдоминальной хирургии. "Гиппократ", 1997.
10. Пискин И.Н., В.И. Давыдкин. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. -Саранск, 1997.
11. Пучков К.В. Лапароскопические методы оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии. Автореф. докт. мед. наук. Рязань, 1997. 31 с.
12. Сажин В.П., Чадов М.И., Авдовенко А.Л. // Эндоскопическая хирургия, 1997. № 1. С. 92.
13. Столярова Л.Ф. Селективная проксимальная ваготомия. -Москва. 1983. С. 20-36.

КРІОВАГОТОМІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДУОДЕНАЛЬНІ ВИРАЗКИ

В.В. Бойко¹, Є.Д. Хворостов², С.В. Сушков¹

¹Інститут загальної і невідкладної хірургії АМН України, м. Харків

²Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, кафедра хірургічних хвороб

РЕЗЮМЕ

Автором наведений досвід виконання 89 лапароскопічних ваготомій, виконаних протягом 7 років, з них у 26 хворих була застосована розроблена авторами (Декларційний патент на винахід № 33508А) методика лапароскопічної ваготомії.

Зроблені наступні висновки: лапароскопічна кріоваготомія є операцією вибору у хворих на *Helicobacter pylori* – негативні ускладнені дуоденальні виразки, що не піддаються протягом 10 тижнів адекватному консервативному лікуванню. Застосування лапароскопічної кріоваготомії дозволяє оптимально знизити кислотопродукцію шлунку без порушення евакуаторної функції. Технічна простота виконання в поєднанні з ефективністю в найближчому і віддаленому післяопераційному періоді на тлі значного зниження фінансових витрат дозволяє рекомендувати лапароскопічну кріоваготомію до широкого застосування в групі *Helicobacter pylori* – негативних хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки з завзятим рецидуванням і ускладненою течією.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, хірургічні методи лікування, лапароскопічна кріоваготомія

CRYOVAGATOMY IN PATIENT WITH DUODENAL PEPTIC LCER

V.V. Boyko¹, E.D. Khvorosto², S.V. Sushkov¹

¹Research Institute of General and Urgent Surgery, Kharkiv

²V.N. Karazin Kharkiv National University, Department of surgical diseases

SUMMARY

The experience of 89 laparoscopic vagotomies performed during 7 years is presented by author. Original method of laparoscopic vagotomy (declarative patent N 33508A) was used in 26 patients.

The following conclusions were made: laparoscopic vagotomy is the treatment of choice in *Helicobacter pylori* – negative complicated duodenal ulcers that do not resolve under medical treatment during 10 weeks. Laparoscopic cryovagotomy is optimal measure for the decrease of acid production without disturbances of gastric motor function. Laparoscopic cryovagotomy is recommended in patients with *Helicobacter pylori* – negative recurrent and complicated duodenal peptic ulcer due to its simple technique and efficiency during follow – up.

KEY WORDS: duodenal peptic ulcer, surgical methods of treatment, laparoscopic cryovagotomy