

Предисловие	3
Глава 1. Послеоперационные пептические язвы желудочно-кишечных соустьей	5
1.1. Пострезекционные пептические язвы желудочно-кишечных соустьей (час- тота, причины, патогенез)	6
1.1.1. Пептические язвы на почве недостаточной по объему резекции желудка	13
1.1.2. Синдром Цоллингера—Эллисона	18
1.1.3. Пептические язвы на почве оставленного у двенадцатиперстной кишки участка антрального отдела желудка со слизистой обо- лочкой	21
1.1.4. Реконструктивная гастроеюнопластика как причина образова- ния пептических язв	21
1.1.5. Пептические язвы на почве повышенной возбудимости ядер блуждающего нерва	24
1.1.6. Состояние кислотообразующей и протеолитической функций же- лудка у больных пострезекционными пептическими язвами	24
1.1.7. Роль желчных кислот в развитии пептических язв	27
1.1.8. Морфофункциональные изменения в области желудочно-кишеч- ного соустья	29
1.2. Пептические язвы изолированного гастроеюноанастомоза (частота, патогенез)	31
Глава 2. Роль симпатической иннервации желудка в патогенезе пепти- ческих язв желудочно-кишечных соустьей	35
2.1. Анатомо-физиологическое обоснование новокаиновой блокады симпати- ческой иннервации кислотообразующей зоны желудка в качестве про- гностического теста при выборе метода оперативного лечения пептиче- ских и рецидивных язв гастроэнтероанастомоза и двенадцатиперстной киш- ки	36
2.2. Особенности симпатической иннервации желудка и патологических из- менений в позвоночнике и их связь с гастродуоденальными язвами	37
2.3. Влияние паравертебральной новокаиновой блокады на уровне Th ₇ —Th ₉ на желудочную секрецию и протеолитическую активность желудочного сока	41
2.4. Показатели электропотенциалометрии до и после паравертебральной но- вокаиновой блокады на уровне Th ₇ —Th ₉	46
Глава 3. Клиническая картина и диагностика пептических язв желу- дочно-кишечных соустьей	52
3.1. Клиническая картина пострезекционных пептических язв	52
3.2. Диагностика пострезекционных пептических язв	60
3.3. Клиническая картина и диагностика пептических язв изолированного гастроеюноанастомоза	65
Глава 4. Постваготомические рецидивные язвы двенадцатиперстной киш- ки	68
4.1. Частота и причины рецидива язвы после ваготомии	68
4.1.1. Неполная ваготомия	72
4.1.2. Неэффективная дренирующая операция	75
4.2. Клиника и диагностика рецидивных язв	80
Глава 5. Консервативное лечение пептических язв желудочно-кишечных соустьей и рецидивных постваготомических язв двенадцатиперст- ной кишки	82
5.1. Общая характеристика наблюдений	82

5.2. Особенности фармакотерапии пептических и рецидивных язв	84
5.3. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях из пептических и рецидивных язв	95
5.4. Отдаленные результаты консервативного лечения пептических и рецидивных язв	99
5.4.1. Отдаленные результаты консервативного лечения больных с пострезекционными пептическими язвами	99
5.4.2. Отдаленные результаты консервативного лечения больных с пептическими язвами изолированного гастроэюноанастомоза	102
5.4.3. Отдаленные результаты консервативного лечения больных с постваготомическими рецидивными язвами двенадцатиперстной кишки	103
5.5. Место эндоскопии в лечении пептических и рецидивных язв желудочно-кишечных соустьев и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечениями	106
5.5.1. Гемостатические свойства капрофера, методика и результаты его применения	110
5.5.2. Свойства двухкомпонентных силиконовых композиций, методика и результаты их применения	112
Глава 6. Хирургическое лечение пептических язв желудочно-кишечных соустьев и постваготомических рецидивных язв двенадцатиперстной кишки	121
6.1. Хирургическое лечение пептических язв желудочно-кишечного соустья, развившихся после резекции желудка	122
6.1.1. Хирургическое лечение пептических язв, развившихся вследствие недостаточной по объему резекции желудка, повышенной возбудимости ядер блуждающего нерва и после реконструктивной гастроэюнопластики	123
6.1.2. Хирургическое лечение пептических язв, вызванных оставлением участка антрального отдела желудка вместе со слизистой обочкой у двенадцатиперстной кишки	125
6.1.3. Хирургическое лечение пептических язв эндокринной этиологии (синдром Цоллингера—Эллисона)	128
6.2. Хирургическое лечение пептических язв изолированного гастроэюноанастомоза	130
6.3. Желудочно-тонко-толстокишечный и дуодено-ободочный свищи, их хирургическое лечение	133
6.4. Хирургическое лечение постваготомических рецидивных язв двенадцатиперстной кишки	140
6.5. Место наддиафрагмальной стволовой ваготомии в лечении пептических желудочно-кишечных язв	143
6.6. Прогностические критерии развития и излечения пептических и рецидивных желудочно-кишечных язв	146
Заключение	158
Список литературы	161

ПОСТВАГОТОМИЧЕСКИЕ РЕЦИДИВНЫЕ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

4.1. ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ЯЗВЫ ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ

Одним из главных недостатков ваготомии, применяемой для лечения язвы двенадцатиперстной кишки, считается высокая частота рецидивов заболевания, достигающая 8–11% (Ситенко В. М., Курьгин А. А., 1975; Нечай с соавт., 1985; Johnson D., Braclett R., 1988).

Под нашим наблюдением было 45 больных с рецидивными язвами двенадцатиперстной кишки после ваготомии язвами двенадцатиперстной кишки. Эти данные приведены в табл. 4.1.

Как видно, из 45 больных у 33 рецидив наступил после стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией. Частота проведения различных дренирующих операций у больных с рецидивными язвами приведена на рис. 4.1.

Как представлено на рисунке, у 15 больных (33,3%) применена пилоропластика по Финнею (рис. 4.2). Вторым по частоте вариантом дренирующей желудок операции была пилоропластика по Гейнеке—Микуличу (у 12 чел. — 26,6%) (рис. 4.3), пилоропластика по Джабулею (рис. 4.4) применялась у 5 больных (11,1%), по Джадду—Хорслею (рис. 4.5) — в 3 (6,7%) случаях и в 7 (15,6%) наблюдениях — гастроеюноанастомоз. Гастроеюноанастомоз выполнялся в качестве дренирующей операции, как правило, тогда, когда выполнить пилоропластику не удавалось из-за резко выраженного воспалительного инфильтрата в зоне двенадцатиперстной кишки. Выполнение ее в таких условиях грозит риском повреждения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки. В 6,7% случаев (у трех больных) ваготомия дополнялась резекцией желудка. Причем у двух больных стволовая ваготомия дополнялась гемирезекцией желудка по Бильрот-II, а в одном случае выполнялась селективная проксимальная ваготомия в соче-

Таблица 4.1
Рецидивы язвы двенадцатиперстной кишки
после различных видов ваготомии

Вид ваготомии	Число больных	%
Стволовая с различными видами пилоропластики	33	73,3
Стволовая с гастроеюноанастомозом	7	15,6
Селективная проксимальная с пилоропластикой	2	4,4
Сочетание ваготомии с антрумрезекцией	3	6,7
Всего	45	100

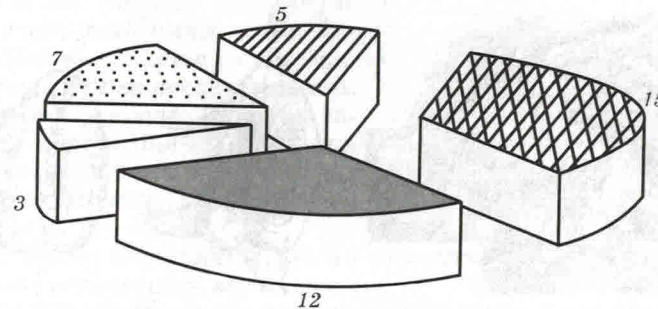


Рис. 4.1. Частота проведения дренирующих желудок операций у больных с рецидивными язвами двенадцатиперстной кишки: ▨ — гастродуоденостомия по Джабулею; ▩ — пилоропластика по Финнею; □ — пилоропластика по Гейнеке—Микуличу; ▭ — пилоропластика по Джадду; ▤ — гастроеюноанастомоз

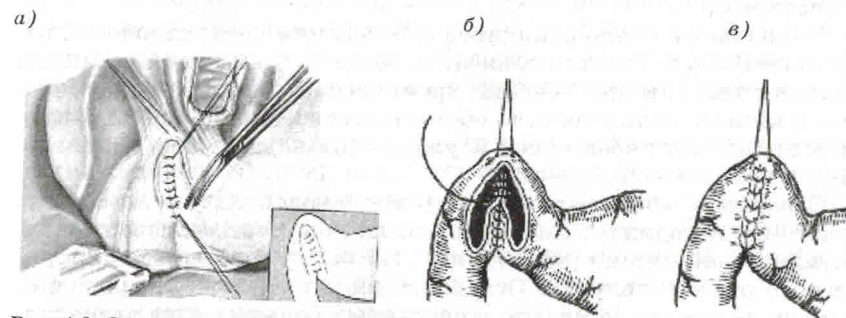


Рис. 4.2. Схема пилоропластики по Финнею:
а — двенадцатиперстная кишка подшита к большой кривизне желудка и вскрыт просвет этих органов подковообразным разрезом с пересечением пилорической мышцы; б — формирование задней губы соустья двухрядным швом; в — формирование передней губы соустья однорядным швом

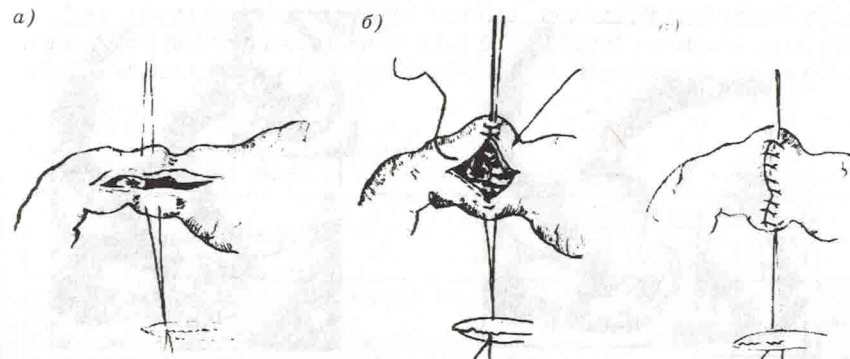


Рис. 4.3. Схема пилоропластики по Гейнеке—Микуличу:
а — разрез стенки желудка и двенадцатиперстной кишки; б — формирование гастродуоденального канала с помощью однорядного шва; в — вид после завершения пилоропластики

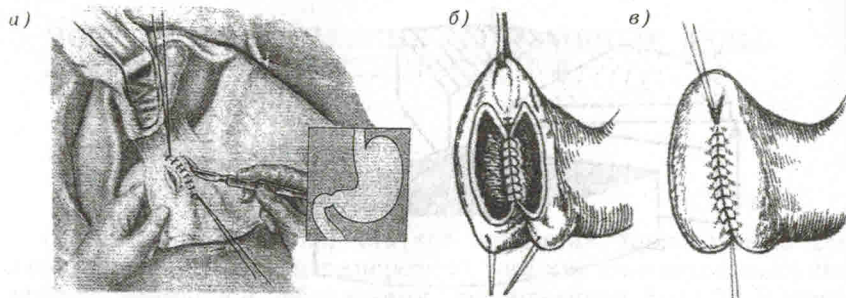


Рис. 4.4. Схема гастродуоденостомы по Джабулею: а — двенадцатиперстная кишка подшита к большой кривизне желудка и вскрыты просветы обоих органов; б — формирование задней губы анастомоза; в — законченный вид анастомоза

тании с резекцией $\frac{2}{3}$ желудка в модификации Гофмейстера—Финстерера.

Наибольшее число рецидивов заболевания после стволовой ваготомии (93,3 %) можно объяснить более частым использованием данной операции при лечении хронической язвы двенадцатиперстной кишки, если учесть то обстоятельство, что в нашей практике этот вариант пересечения блуждающих нервов чаще используется в неотложной хирургии.

Основным заболеванием в наших наблюдениях, по поводу которого производилась ваготомия, была хроническая язва двенадцатиперстной кишки (88,9 %) и в 11,1 % случаев — язва пилорического отдела желудка. Эти данные представлены на рис. 4.6. Однако не исключается, что у некоторых больных язва двенадцатиперстной кишки из-за трудной ориентации в условиях местного перитонита и воспалительного инфильтрата при перфорации и «тяжелой» пенетрации могла быть ошибочно принята за язву пилорического канала.

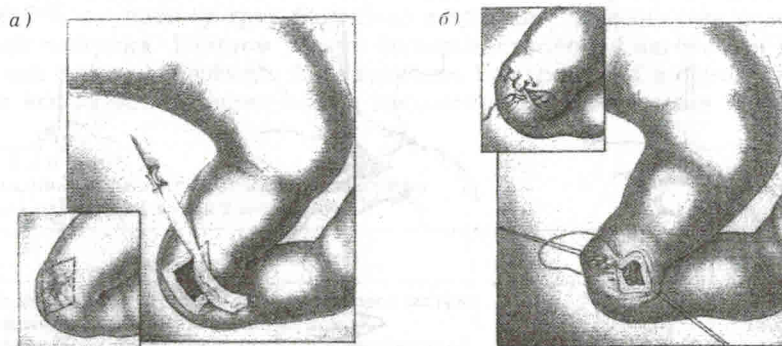


Рис. 4.5. Схема пилороластики по Джадду—Хорслею (Белый И. С. и Вактангишвили Р. Ш., 1984): а — ромбовидное иссечение язвы; б — пилороластика по Гейнеке—Микуличу

Когда мы говорим о рецидиве язвы после ваготомии, то должны особенно считаться со сроками, прошедшими после операции, так как возврат болезни может наступить через много лет. Сроки возникновения рецидивных язв после ваготомии представлены в табл. 4.2.

Как видно из таблицы, из 45 больных, перенесших ваготомию, у 37 (82,2 %) рецидив язвы наступил в течение 5 лет после операции и у 8 (17,8 %) — в более поздние сроки. При этом наибольшая частота его проявилась в первые 3 года после ваготомии и составила 66,7 % (30 из 45 больных). Такая закономерность объясняется тем, что по мере старения организма человека, в том числе и у больных рецидивной язвой двенадцатиперстной кишки, желудочная секреция угасает и часто достигает такого низкого уровня, при котором возврат заболевания становится невозможным или имеющаяся язва заживает самостоятельно (Курыгин А. А., Румянцев В. В., 1992).

Основными причинами рецидива язвы после ваготомии в сочетании с дренирующими операциями и без них принято считать неполную ваготомию, задержку эвакуации из желудка и эндокринные заболевания типа синдрома Цоллингера—Эллисона.

На основании полученных данных мы выделили следующие вероятные причины рецидива язв у наших больных:

- неполная ваготомия (у 32 больных);
- неэффективная дренирующая желудок операция (у шести больных);
- сочетание первых двух причин (у трех больных);
- причина неизвестна (у четырех больных).

Как видно из приведенных данных, основной причиной рецидива язвы после ваготомии (в 71,1 % случаев) является неполное пересечение стволов блуждающего нерва. На втором месте стоит

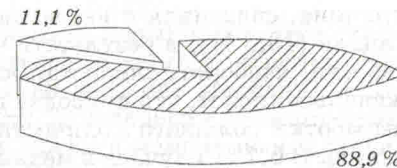


Рис. 4.6. Локализация язвы до рецидива заболевания: — хроническая язва двенадцатиперстной кишки; — хроническая язва пилорического отдела желудка

Т а б л и ц а 4.2

Сроки возникновения рецидивных язв двенадцатиперстной кишки после ваготомии

Вид операции	Время «светлого» промежутка					Итого
	До 1 года	1-3 года	4-5 лет	6-10 лет	11-15 лет	
Стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией	9	18	5	5	3	40
Селективная проксимальная ваготомия с дренирующей желудок операцией	1	—	1	—	—	2
Сочетание ваготомии с резекцией желудка	—	2	1	—	—	3
Всего	10	20	7	5	3	45

причина, связанная с неадекватной дренирующей желудок операцией (13,3 %), в результате чего развивается стойкий гастростаз или, наоборот, слизистая желудка подвергается воздействию желчных кислот, что приводит к запуску гуморального механизма выработки большого количества соляной кислоты и язвообразованию. В 6,7 % случаев в механизме возврата заболевания сыграли все вместе вышеперечисленные факторы. Были и такие случаи, когда не удалось распознать природу заболевания (8,9 %), что было связано, главным образом, с нежеланием больных обследоваться. Рецидивы язвы после ваготомии в сочетании с резекцией желудка редки и не представляют большой хирургической проблемы, хотя и среди этих больных некоторые авторы отмечают частоту возврата болезни, равную 3 % (De Vires B. et al., 1983). Считается, что причинами рецидива язвы после ваготомии с антрумрезекцией бывают гастриномы, различные другие эндокринные заболевания и оставшиеся непересеченными основные стволы вагуса, что уподобляется, по существу, рецидиву язвы на почве недостаточной по объему резекции желудка.

4.1.1. НЕПОЛНАЯ ВАГОТОМИЯ

Большинство авторов неудачу ваготомии связывает с неполным пересечением ветвей блуждающего нерва (Pendower J., 1981). Полноту пересечения блуждающих нервов, как и другие авторы, мы определяли с помощью инсулиновой пробы Холландера.

Метод проведения инсулинового теста разработан F. Hollander (1946; 1948) и заключается в следующем: желудочный сок исследуется натошак в течение 30 мин через каждые 15 мин, а затем еще в течение 2 ч (получается еще восемь 15-минутных порций) после внутривенного введения 5–10 ед. инсулина (Курыгин А. А., Румянцев В. В., 1992). В каждой порции определяется общее количество желудочного сока и его кислотность. Гипогликемия, развивающаяся в ответ на инсулин, возбуждает ядра блуждающего нерва, и если последние пересечены неполностью, то в ответ на гипогликемию будет возрастать уровень свободной соляной кислоты в желудке. При трактовке результатов инсулинового теста Холландера мы придерживались наиболее распространенных критериев (Decker G. A., 1969). Тест считался положительным, если в двух любых последовательных 15-минутных порциях желудочного сока, полученного после введения инсулина, уровень свободной соляной кислоты возрастает не менее чем на 20 ммоль по сравнению с базальным уровнем. Если же в базальном соке свободная соляная кислота отсутствует, то прогностический тест считается положительным и в том случае, когда уровень свободной соляной кислоты повышается в двух любых последовательных 15-минутных порциях желудочного сока хотя бы на 10 ммоль. У тех больных, у которых уровень свободной соляной кислоты

в ответ на инсулиновую гипогликемию не повышается, тест считается отрицательным. В ходе проведения теста контролируется уровень сахара в крови (один раз до введения инсулина и два раза после него). Инсулиновый тест Холландера считается трактабельным, когда уровень сахара в крови в момент исследования уменьшается до 2,8 ммоль и ниже. Повышение уровня свободной соляной кислоты в желудочном соке в течение первого часа исследования после введения инсулина называется ранней положительной реакцией, а повышение в течение второго часа — поздним положительным тестом. Раннюю положительную реакцию на инсулин у больных, перенесших ваготомию, большинством авторов рассматривают как показатель неполной или неадекватной ваготомии (Poss V., Kay A., 1964). Отрицательный тест Холландера свидетельствует, как считают, о полном пересечении блуждающих нервов. Трактовка поздней положительной реакции до сих пор остается спорной. Мы, как и другие авторы, не считаем поздний положительный инсулиновый тест показателем неполной ваготомии, а связываем этот феномен с реакцией надпочечников на инсулиновую гипогликемию (Grossman M., 1974).

Этот тест проведен нами у 148 больных, 67 из числа которых страдали пептическими и рецидивными язвами желудочно-кишечного соустья и двенадцатиперстной кишки.

Все исследования проводились под контролем врача. На случай развития гипогликемической комы наготове держался стерильный шприц с 40 %-ным раствором глюкозы для немедленного введения его внутривенно до полного восстановления сознания. Больным с выраженными заболеваниями сердечно-сосудистой системы и сахарным диабетом инсулиновый тест Холландера противопоказан.

Распределение больных с рецидивом язвы, которая образовалась в зоне дренирующей желудок операции из-за неадекватной ваготомии в зависимости от результатов инсулинового теста, представлено на рис. 4.7.

Как видно из приведенных данных, у 29 (90,6 %) больных из 32 с рецидивной язвой инсулиновая проба оказалась положительной. Направшивается вывод, что в большинстве случаев успех этой операции зависит от тщательного поиска и пересечения желудочных ветвей блуждающего нерва. Однако здесь дело обстоит значительно сложнее. Даже с приобретением большого опыта в этом вмешательстве, использовании различных специальных методик и технических приемов, облегчающих обнаружение и пересечение нервных веточек, сколько-нибудь существенно снизить частоту положительных инсулиновых проб и рецидива язвы после ваготомии с дренирующими

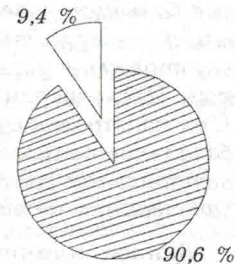


Рис. 4.7. Показатель инсулиновой пробы у больных с рецидивной язвой двенадцатиперстной кишки:
 ▨ — положительный;
 □ — отрицательный

желудок операциями или без них до сих пор не удается (Курьгин А. А., Матросова Е. М., 1986).

Для иллюстрации приведем пример клинического наблюдения, свидетельствующий о трудностях поиска блуждающего нерва.

Больной К. А. И., 51 года, поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области пупка, слабость, головокружение, потливость, однократный обильный дегтеобразный стул. Из анамнеза выяснилось, что два года назад прооперирован в другом стационаре по поводу кровоточащей дуоденальной язвы в сочетании с субкомпенсированным стенозом, проведена также стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею. Через год после операции было эпизодическое желудочное кровотечение, по поводу которого лечился консервативно в стационаре. Там же впервые обнаружили рецидивную язву в зоне пилоропластики.

При поступлении выполнена фиброгастродуоденоскопия, выявлена рецидивная язва зоны пилоропластики диаметром до 5 мм, которая располагалась на передней стенке двенадцатиперстной кишки за линией анастомоза. На момент осмотра признаков продолжающегося кровотечения не было. Исследована базальная и стимулированная желудочная секреция титрационным методом. Она составила соответственно 6,7 и 27 ммоль/л. Получен положительный тест Холландера. Через несколько дней возник рецидив кровотечения и больной был прооперирован. Во время операции после рассечения спаек в брюшной полости обнаружено, что основные стволы блуждающего нерва в области абдоминального отдела пищевода оказались интактными, т. е. во время первой операции они не были пересечены. В области пилоропластики имеется воспалительный инфильтрат диаметром 30 мм с вовлечением элементов печечно-двенадцатиперстной связи. Учитывая наличие сохраненных стволов блуждающего нерва и кровотечение тяжелой степени, а также наличие большого язвенного инфильтрата, от резекции желудка решили воздержаться. Выполнили стволовую поддиафрагмальную ваготомию с иссечением кровоточащей язвы и дуоденопластикой. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. При контрольном исследовании кислотности зарегистрировано базальное пониженное кислотообразование. Выписан в удовлетворительном состоянии. Наблюдался в течение 2 лет, рецидива заболевания не отмечено, диету не соблюдал.

Данное клиническое наблюдение иллюстрирует, с какими техническими сложностями поиска ветвей блуждающего нерва в области абдоминального отдела пищевода могут сталкиваться хирурги, и тогда образование рецидивных язв бывает связано с техническими погрешностями операции, а не с особенностями физиологических механизмов регулирования кислотообразования.

4.1.2. НЕЭФФЕКТИВНАЯ ДРЕНИРУЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ

Наряду с неполной ваготомией существует и вторая причина рецидива заболевания. Она состоит в задержке эвакуации из желудка вследствие неэффективной дренирующей операции или рубцового сужения зоны пилоропластики. В этих случаях возрастает желудочная секреция за счет удлинения ее гормональной фазы, в результате чего язва двенадцатиперстной кишки не заживает или рецидивирует. В этой ситуации могут развиваться еще и желудочные язвы. Именно по этой причине у трех наших из 45 больных образовалась язва в желудке. Приведем одно из этих наблюдений.

Больной А. В. В., 29 лет, поступил в клинику с жалобами на боли справа от пупка, которые усиливались после погрешностей в диете, чувство тяжести после приема пищи, изжогу. Из анамнеза выяснилось, что три года назад перенес стволовую поддиафрагмальную ваготомию с пилоропластикой по Гейнеке—Микуличу по поводу хронической язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией. Через два года после операции появилась изжога, боли в вышеуказанной области. Антисекреторные препараты с профилактической целью не принимал. Во время фиброгастродуоденоскопии выявлена рецидивная язва двенадцатиперстной кишки диаметром до 12 мм с выраженным воспалительным инфильтратом вокруг, суживающим просвет кишки. В антральном отделе желудка обнаружены две подострые язвы, диаметром до 3—4 мм каждая. Желудок увеличен в размере, растянут, гипотоничен. При исследовании желудочной секреции установлено повышенное базальное кислотообразование (рНс 1,4). Инсулиновая проба Холландера оказалась отрицательной, т. е. в ответ на внутривенное введение инсулина уровень соляной кислоты в желудочном соке не возрастал. При рентгенологическом исследовании обнаружено резкое расширение желудка, эвакуация из него значительно нарушена из-за сужения зоны пилоропластики. Больному произведена резекция $\frac{2}{3}$ желудка по Гофмейстеру—Финстереру, во время которой диагноз подтвердился. После этой операции прошло 2 года, данных за рецидив заболевания не выявлено. Все эти годы сохраняется низкое базальное кислотообразование.

Как видно из приведенного наблюдения, в данном случае нет оснований предполагать образование рецидивной язвы на почве неполной ваготомии, если о ней судить по инсулиновой пробе, которая оказалась отрицательной.

Следует отметить, что у некоторых наших больных (3 чел.) в происхождении рецидива заболевания предполагается сочетание обоих факторов: неадекватной ваготомии и нарушения эвакуации из желудка. В качестве примера приведем следующее клиническое наблюдение.

Больной Б. Т. И., 38 лет, поступил в клинику с жалобами на рвоту пищей, съеденной накануне, общую слабость, похудение, периодические судороги в конечностях. Из анамнеза известно, что двадцать лет назад выполнена селективная ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке—Микулечу по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом. Послеоперационное течение благополучное. Через 2 года после операции появились боли в животе, ощущение тяжести в надчревной области. Профилактические курсы противоязвенной терапии больной не применял. При исследовании желудочной секреции в клинике выявлена повышенная кислотность желудочного сока, инсулиновая проба положительная. При рентгенологическом исследовании обнаружено расширение желудка и замедленная эвакуация из него. Еще через 2 года при повторном рентгенологическом исследовании обнаружено резкое расширение желудка, гастродуоденальный канал почти непроходим, через 24 ч в желудке находилась большая часть контрастирующей массы. На малой кривизне — язвенная «ниша». Была произведена резекция желудка по Гофмейстеру—Финстереру. Во время операции обнаружено резкое расширение желудка, на его малой кривизне в средней трети — язва с воспалительным валом вокруг, ниже линии пилоропластики на передней стенке двенадцатиперстной кишки — вторая язва. Просвет двенадцатиперстной кишки резко сужен. После резекции желудка больной наблюдался в течение 5 лет, здоров, отмечался легкий демпинг-синдром при употреблении молочной пищи. При исследовании желудочного сока установлена ахлоргидрия.

В данном случае наряду с рецидивной язвой двенадцатиперстной кишки обнаружена еще язва в желудке, которой до операции не было. О вероятности образования язв в желудке в связи с его недостаточным дренированием с помощью пилоропластики указывают и другие исследователи. Так, Н. Burge (1966 г.) сообщает, что язва в желудке возникает после ваготомии в 1 % случаев в результате неэффективно функционирующего гастроэноанастомоза и в 2 % — в связи с неадекватной пилоропластикой. Таким образом, выбору дренирующей операции и технике ее выполнения необходимо уделять большое внимание.

Кроме того, в отдельных случаях, как показывает практика, ни эффективное подавление выработки соляной кислоты, ни безупречно выполненная дренирующая желудок операция и отсутствие гастриномы не предохраняют больного от развития язвы желудка после ваготомии. Мы наблюдали двух таких больных, у которых язва образовалась через 2 года после ваготомии с пилоропластикой на фоне инсулинорезистентной ахлоргидрии и при отсутствии каких-либо признаков нарушения эвакуации из желудка. Приведем одно из этих наблюдений.

Больной Р., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в надчревной области, строго зависящие от приема пищи. Из анамнеза выяснилось, что 28 лет назад подвергся ваготомии с пилоропластикой по Гейнеке—Микулечу по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, не поддающейся консервативной терапии в течение 18 лет. Послеоперационный период протекал без осложнений. Исследование желудочной секреции после инсулиновой стимуляции показало отсутствие свободной соляной кислоты во всех порциях желудочного сока. При рентгенологическом исследовании желудка была установлена хорошая эвакуация контрастирующей массы и язва на малой кривизне тела желудка. Больному проведен курс противоязвенного лечения, после которого наступило стойкое выздоровление, при исследовании желудочной секреции установлена ахлоргидрия (рис. 4.8).

Наши наблюдения подтверждаются отдельными сообщениями в литературе, где также имеются указания на возможность возникновения язв в желудке при таких, казалось бы, исключаящих язвообразование условиях (Петров В. П. с соавт., 1998). Механизм образования таких язв до сих пор не раскрыт. Некоторые исследователи считают их так называемыми трофическими, другие придают значение дуоденогастральному рефлюксу, который является следствием дренирующей желудка операции (Bank S. et al., 1969). Возможно, это и так, но тогда остается труднообъяснимым тот факт, почему после одного курса противоязвенного лечения в обоих наших наблюдениях наступило стойкое заживление язвы. Очевидно, что такой кратковременный курс антацидной терапии не может радикально устранить дуоденогастральный рефлюкс, если таковой имел место. Возможно, описанные язвы могут возникнуть после приема ulcerогенных препаратов, главным образом салицилатов. Однако такие случаи редки и можно предположить, что при отрицательной пробе Холландера, полноценной дренирующей операции и отсутствии синдрома Цоллингера—Эллисона у абсолютного большинства больных есть все основания рассчитывать на стойкое излечение язвы.

Во многих работах, касающихся частоты рецидива язвы после ваготомии, отдаленные результаты учитываются не применительно к конкретным срокам наблюдения, а рассматриваются в единой группе больных, прослеженных от нескольких месяцев до многих лет. В таком случае частота неудач ваготомии занижается за счет больных с малыми сроками наблюдения. При выведении средних показателей частоты рецидива язвы у больных, оперированных нами по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, она оказалась равной 7,4 %, в то время как при адаптации к конкретным срокам наблюдения, как указывалось, возврат болезни через 3 года наблюдался в 6,5 % случаев, через 5 лет — в 9,5 %, а через 10 лет и более — у 11,5 % больных (Нечай А. И. и др., 1985).

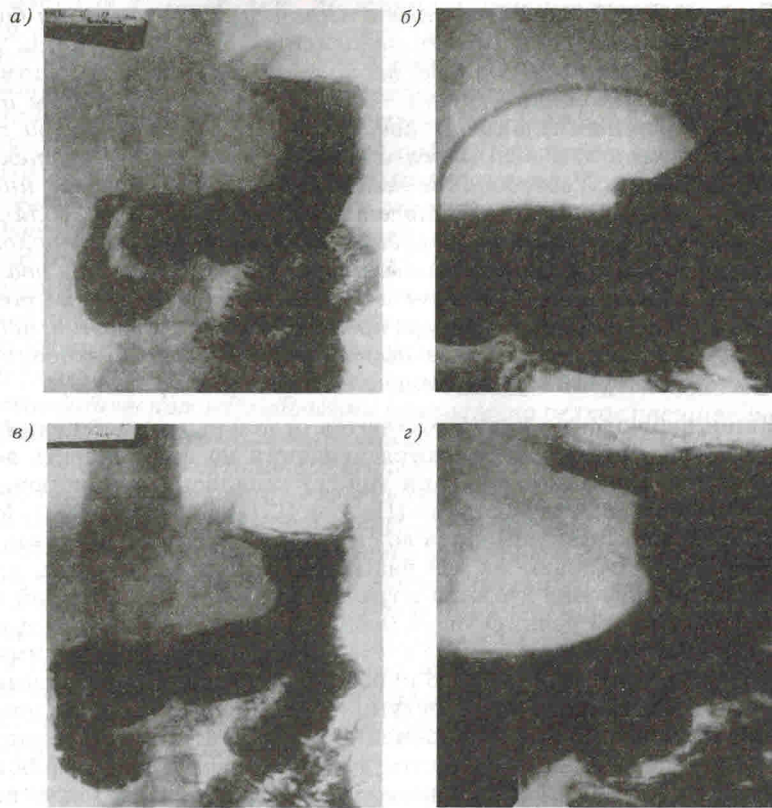


Рис. 4.8. Обзорная рентгенограмма (а) желудка больного Р. С. А. через 2 года после стволовой ваготомии с пилоропластикой по Гейнеке—Микуличу. (Желудок не расширен, эвакуация содержимого нормальная); прицельная рентгенограмма (б) желудка того же больного. (На малой кривизне имеется язвенная «ниша»); обзорная (в) и прицельная (г) рентгенограммы желудка того же больного после проведенного курса противоязвенной терапии. (Выздоровление)

Наши данные (Курыгин А. А., Тимаков В. А., 1973) и наблюдения некоторых других авторов заставляют сомневаться в том, что так называемую неполную ваготомию нужно понимать только в анатомическом смысле. На основании многочисленных наблюдений мы установили, что частота положительных инсулиновых проб после ваготомии неуклонно возрастает по мере увеличения уровня свободной соляной кислоты в ночных порциях желудочного сока до операции. Так, среди наших больных язвой двенадцатиперстной кишки с умеренно повышенной ночной секрецией (20–40 ммоль/12 ч), подвергшихся ваготомии и прослеженных более 10 лет, рецидив язвы наступил в 11,5 % случаев. Среди больных с очень активной ночной секрецией (более

70 ммоль/12 ч), прослеженных за те же сроки, возврат болезни составил 26,7 %.

На основании приведенных данных, трудно согласиться с точкой зрения тех авторов, которые не видят отличий в степени снижения кислотопродукции после селективной проксимальной ваготомии и расширенной проксимальной ваготомии у больных с гиперсекрецией и у больных язвой двенадцатиперстной кишки, протекающей с менее активной кислой желудочной секрецией (Кузин М. И. и др., 1986; Постолов П. М., Вердиева Ш. Г., 1986). Не исключается, что такие различия в оценке результатов ваготомии в зависимости от дооперационной активности желудочной секреции определяются неодинаковыми методами ее исследования. Авторы последней группы пользуются пробой Кея, мы же, как и многие другие (Комаров Ф. И. и др., 1966; Нечай А. И., Архипов В. Ф., 1986), более информативным методом считаем исследование ночной желудочной секреции.

Результаты, очень схожие с нашими, приводят сотрудники проф. В. В. Вахидова Ю. И. Калиш и Р. А. Садыков (1987 г.). По их данным, у гипосекреторов, нормосекреторов и гиперсекреторов стволовая ваготомия оказалась неадекватной в 25,3 %; 24,6 %; 40,4 % случаев, а селективная проксимальная ваготомия — у 11,5 %; 12,5 % и 22,2 % больных соответственно.

Напрашивается вывод, что в недостаточном снижении желудочной секреции после ваготомии повинны не только, а иногда и не столько, неполное пересечение желудочных ветвей блуждающего нерва, но и другие физиологические факторы, в частности гормональноактивные клетки слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Следовательно, одних только технических приемов парасимпатической денервации желудка будет недостаточно для сколько-нибудь существенного уменьшения частоты неудач ваготомии. Подтверждением такого вывода являются неудовлетворительные результаты различных видов ваготомии в сочетании с дренирующими операциями и без них при язве двенадцатиперстной кишки у лиц молодого (до 30 лет) возраста (Ибадов И. Ю., 1988; Курыгин А. А., 1977).

Одним из нас совместно с сотрудниками факультетской хирургической клиники ВМедА им. С. М. Кирова (Нечай А. И. и др., 1985) проанализирована частота рецидивов заболевания у 200 больных язвой двенадцатиперстной кишки, подвергшихся стволовой ваготомии и прослеженных в сроки от 10 до 17 лет, и было установлено, что из 31 больного в возрасте до 30 лет язва рецидивировала у 10 (32,2 %), из 111 больных в возрасте от 30 до 50 лет — у 14 (12,6 %), а из 58 больных в возрасте старше 50 лет возврат болезни наступил только у 1 (1,7 %) больного. Аналогичные данные получены нами после селективных видов ваготомии.

Эти данные позволяют считать, что в настоящее время наиболее реальный путь сколько-нибудь значительно повысить эф-