

Аг. ЧАКЫРОВ, Г. ПОПОВ, Я. ДОБРЕВ, А. ДЕРЕДЖИАН,
Г. КАПИТАНОВ, В. МАТЕЕВ

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВАГОТОМИЕЙ

По официальным статистическим данным в НРБ ежегодно производится около 1000 резекций желудка. Сравнение процентного отношения количества резекций к населению показывает, что в НРБ резекций желудка делается в 3 раза больше, чем во Франции. Из этого следует, что в Болгарии лечение желудочно-дуоденальных заболеваний путем резекций стоит на переднем плане.

В последнее время в литературе все чаще сообщается о болезнях резецированного желудка, и это заставило нас задуматься над изысканием и других методов хирургического лечения язвенной болезни. Мы пришли к выводу, что результаты ваготомий (особенно после проведения дренажных операций) следует изучить заново.

Нами была проведена билатеральная ваготомия 128 больных с целью лечения *Ulcus duodeni resp., Ulcus pepticum jejuni*. 90 больным была произведена трансабдоминальная субдиафрагмальная ваготомия, 19—трансабдоминальная супрадиафрагмальная, 4—трансторакальная, 15 больным была произведена селективная ваготомия с 40%-ной резекцией желудка.

Первые наши операции в этой области (24 больных) произведены в 1948 г., когда для лечения язвы дуоденальной кишки применялась только билатеральная ваготомия. Позже мы добавили к билатеральной ваготомии одну заднюю гастро-суюностомию (16 больных). С 1962 г. мы вновь перешли к билатеральной ваготомии, но комбинированной с гастро-дуоденостомией. Часть этих операций (19 из 57) была выполнена трансабдоминально, а супрадиафрагмально — через частичное вытягивание пищевода.

У 16 больных билатеральная ваготомия использовалась для лечения *Ulcus pepticum jejuni*. Из них в 4 случаях ваготомия была проведена трансторакально.

В последние годы мы все чаще применяем билатеральную ваготомию, но комбинированную с гастро-дуоденостомией.

В последнее время большое внимание уделяется мнению некоторых авторов о том, что селективная ваготомия предпочитается тотин ствола, так как здесь резецируются только желудочные ветви блуждающего нерва, а печеночные и кишечные сохраняются. Этот вид операции комбинируется также с дренажной операцией: пилоропласти-

ка или небольшая антральная резекция, которая удаляет не более 40% желудка. Мы имеем 15 таких случаев. Естественно, что селективная ваготомия немного труднее тотальной. По этой причине многие авторы остаются сторонниками трункальной ваготомии, при которой с уверенностью перерезаются вагальные нервы. Известно, что раз ваготомия должна быть результативной, вагус должен резецироваться на протяжении 4—5 см, а при селективной ваготомии не всегда возможно удаление такого куска.

Еще в 1948 г. нами была предложена оперативная техника, при которой сероза в кардинальной области перерезается циркульным разрезом. Разрез делается между двумя лигатурами и, таким образом, перерезаются как все разветвления блуждающего нерва, так и все находящиеся по пути кровеносные сосуды. В последнее время чаще применяется поперечное вскрытие брюшной полости в кардинальной области для обнаружения блуждающих нервов.

С учетом изучения данных С. С. Юдина о том, что блуждающие нервы разветвляются над диафрагмой, мы проводили трансабдоминальные, но супрадиафрагмальные ваготомии.

Что касается показаний к двусторонней ваготомии, некоторые исследователи стоят за более ограниченное ее применение: 1) при дуоденальных язвах у молодых пациентов, 2) при более тяжелых случаях проникающих *Ulcus duodeni*, 3) у больных с наличием заболевания других органов, 4) у истощенных больных, которым резекция желудка опасна.

Однако мы считаем, что билатеральную ваготомию с дренажной операцией можно делать во всех случаях *Ulcus duodeni*, где имеются показания к оперативному лечению. Однако единственным предварительным условием является вопрос резекции 2/3 желудка. Вопрос об антральной резекции с ваготомией или ваготомии с дренажной операцией можно решить после того, как будут сделаны пробы *Lamblen-Bernier* (гистаминовые пробы) или пробы *Hollender* (инсулиновый тест).

Как уже упоминалось, при ваготомии с дренажем преимущество мы отдаем дренажу через наиболее физиологичную гастро-дуоденостомию. Операцию *Finey* из-за ненадежности швов в области язвенной ткани мы не применяем.

Первоначально в случаях ваготомии с дренажными операциями мы удовлетворялись обычными исследованиями желудочного сока. Однако в последнее время наши показания к операции определяются почти классическими исследованиями желудочного сока с гистамином и инсулином. У больных, у которых инсулиновая проба дает гиперсекрецию и повышенную кислотность, а гистаминовая проба — нормальные результаты, мы проводим ваготомию с дренажной операцией.

У больных, у которых гистаминовая проба дает гиперсекрецию и повышенную кислотность, а инсулиновая — нормальные результаты, делаем классическую резекцию 2/3 желудка.

У больных, у которых обе пробы дают гиперсекрецию и повышенную секрецию, что свидетельствует об одновременной вагальной и антральной стимуляции железных клеток, комбинируем билатеральную ваготомию с антральной резекцией.

Результаты наших первоначальных операций были неудовлетворительны. Из 21 оперированного больного только двое больных окончательно вылечены. Это объясняется тем, что в то время при лечении *Ulcus duodeni* производились только ваготомии без дренажа. При комбинации ваготомии с задней Г. Е. результаты были лучше. Из 16 случаев 15 дали хорошие начальные результаты и 8 больных окончательно вылечены.

Значительно лучшие результаты показала билатеральная ваготомия, комбинируемая с гастродуоденостомией, и селективная ваготомия, комбинируемая с частичной желудочной резекцией.

При последних 57 ваготомиях, комбинируемых с гастродуоденостомиями, и 15 селективных ваготомиях, комбинируемых с частичной резекцией желудка (72 случая), смертельный исход не отмечался.

Народная республика
Болгарии

Поступило 10/XI 1967 г.

Ա. ՉԱԿՐՐՈՎ, Գ. ՊՈՊՈՎ, Յա. ԴՈԲՐԵՎ, Ա. ԴԵՐԵԺԺԻԱՆ, Գ. ԿԱՊԻՏԱՆՈՎ, Վ. ՄԱՏԵԵՎ

ԽՈՅԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հոդվածում բերվում է վագոտոմիաների 128 դեպք: Վագոտոմիան կիրառվել է տասներկուամյա աղջիկ խոցային հիվանդությանը բուժելու նպատակով: 24 հիվանդների մոտ անց է կացվել միայն վագոտոմիա, 16 հիվանդների մոտ՝ վագոտոմիա կոմբինացված հետին Գ. Ն-ի հետ: 27 հիվանդների մոտ *Ulcus duodeni* բխատերալ վագոտոմիան կոմբինացվել է գաստրո-դուոդենոստոմիայի հետ: 15 հիվանդներ ենթարկվել են սելեկտիվ վագոտոմիայի՝ կոմբինացված ստամոքսի ռեզեկցիայի հետ: 16 հիվանդների մոտ բխատերալ վագոտոմիան կիրառվել է *Ulcus pepticum jejuni* բուժման համար, ընդ որում, այդ հիվանդներից 4-ը ենթարկվել են տրանստորակալ վիրահատման: