

*С.Н.Шнитко, В.А.Пландовский*

**ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ  
НАДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ВАГОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Военно-медицинский факультет в УО «БГМУ»*

Уже в конце 60-х годов прошлого столетия стало достаточно очевидным, что операция резекции желудка, которая в течение долгого времени считалась чуть ли не идеальным хирургическим способом лечения язвы двенадцатиперстной кишки, имеет серьезные недостатки [2]. Хотя опасность этой операции значительно уменьшилась, тем не менее и сейчас еще смертность при ней достигает в обычной практике 5 %. Кроме того, после этой операции у значительной части больных развиваются те или иные расстройства, связанные с резекцией.

Надежное подавление кислотопродукции при резекции желудка, не дополненной ваготомией, возможно только при обширном повторном иссечении кислотопродуцирующей зоны желудка [1]. Но и после реконструктивных оперативных вмешательств отмечается высокий процент рецидива язв [3,7].

Указанные недостатки резекции желудка побуждают к поискам новых способов лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в том числе и хирургических. Одним из таких методов является ваготомия, внедренная в широкую хирургическую практику L.R. Dragstedt в 1943 г. [6]. Ранее данная операция выполнялась в подавляющем большинстве случаев лапаротомным или торакотомным доступами, которые уже сами по себе несли значительную травму для пациента [1].

Благодаря созданию современной телевизионной аппаратуры, сшивающих аппаратов и прецизионного инструментария, метод торакокопии переживает свое второе рождение [5]. Видеоторакокопические операции, характеризуясь малой травматичностью и высокой эффективностью, становятся альтернативой традиционным торакотомиям. Кроме этого они дают новый импульс развитию не только общей торакальной, но и желудочной хирургии [4].

Накопившиеся к настоящему времени в литературе данные убеждают в том, что рецидивы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки появляются почти всегда при неполноценном выполнении предшествующей ваготомии. При полном пересечении ветвей блуждающего нерва, идущих к желудку, можно рассчитывать на стойкое излечение.

В целях демонстрации возможностей видеоторакокопической наддиафрагмальной ваготомии в хирургическом лечении рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки после поддиафрагмальной стволовой ваготомии и пилоропластики по Финнею приводим наше клиническое наблюдение.

Больной К., 1959 г.р., и/б № 13924 находился на стационарном обследовании и лечении в отделении абдоминальной хирургии 432 Главного военного клинического госпиталя (432 ГВКГ) в период с 12.12.2006 г. по 29.12.2006 г. с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, фаза ремиссии. Состояние после поддиафрагмальной стволовой ваготомии, пилоропластики по

Финнею (1994 г.) по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.

Больной поступил с жалобами на периодически возникающие ноющие боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области после приема пищи.

Считает себя больным более 19 лет. В 1994 году оперирован по поводу перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Выполнена поддиафрагмальная стволовая ваготомия из лапаротомного доступа с пилоропластикой по Финнею.

В дальнейшем периодически возникали рецидивы язвенной болезни, требовавшие консервативного лечения в условиях стационара. В период со 2.11.2006 г. по 17.11.2006 г. лечился в условиях 432 ГВКГ по поводу рецидива язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Проводилось консервативное противоязвенное лечение с некоторым улучшением. При контрольной фиброгастроуденоскопии (ФГДС) от 28.11.2006 г. – язва зарубцевалась.

Госпитализирован в отделение абдоминальной хирургии для оперативного лечения.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. В сознании, адекватен, ориентирован в месте и времени. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожный покров и видимые слизистые чистые, обычной окраски.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные при пальпации.

Дыхание над легкими везикулярное, ЧДД – 18 в минуту. Пульс 72 в 1 минуту, ритмичный. АД=120/80 мм. рт. ст. Тоны сердца ритмичные, ясные. Язык влажный, обложен желтым налетом. По средней линии живота от мечевидного отростка имеется послеоперационный рубец длиной 14 см без признаков воспаления. Живот правильной формы, не вздут, в акте дыхания участвует, незначительно болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Перистальтика кишечника активная, выслушивается по всему животу. Печень и селезенка не увеличены. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Поколачивание по поясничной области безболезненное со всех сторон. Стул и диурез в норме.

При обследовании выявлено, что у больного имеется высокая ночная секреция желудочного сока (за 12 часов – 790 мл) с высоким содержанием соляной кислоты (НСІ) ( 22 мл) и дебитом ее – 17,38 мл экв. Таким образом, у больного рецидив заболевания находится в прямой зависимости от неполной ваготомии. Поэтому больному показано оперативное лечение с целью снятия активности выработки НСІ.

19.12.2006 г. – выполнена операция: видеоторакоскопическая наддиафрагмальная стволовая ваготомия.

При операции выбрано положение больного на правом боку, слегка откинувшись на спину, с отведением левой руки за голову и согнутой под углом 110-120° в локтевом суставе (рис. 1). При этом добились отведения лопатки и перемещения мышечных групп, что способствовало увеличению степени свободы для оптического эндоскопа.

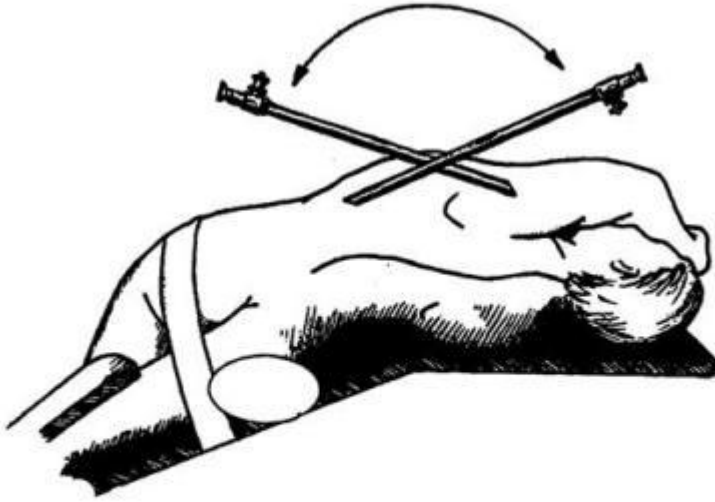


Рис. 1. Положение больного на операционном столе с отведением руки за голову

Под эндобронхиальным однолегочным наркозом слева от грудины в левую плевральную полость введено четыре 12 мм троакара: (в VII-е межреберье – по задней подмышечной линии, в VI-е – по среднеключичной линии и по среднеподмышечной линии в VI-е и VIII-е межреберья).

После введения троакаров и создания пневмоторакса проведены следующие этапы операции: ревизия органов грудной клетки, обнажение пищевода, проведение ваготомии и завершение операции.

Поскольку доступ к пищеводу закрыт легким, его смещали ретрактором вверх и кпереди.

Тупо и остро разъединена нижняя легочная связка. В наддиафрагмальном отделе пищевод выделен на протяжении 4-х см. На задней поверхности обработан задний ствол вагуса, дважды клипирован и между клипсами иссечен участок около 15 мм. По передней поверхности выделен передний ствол п. Vagus. Также дважды клипирован и между клипсами иссечен участок на протяжении 15 мм. Плевральная полость дренирована двумя дренажами (рис. 2).

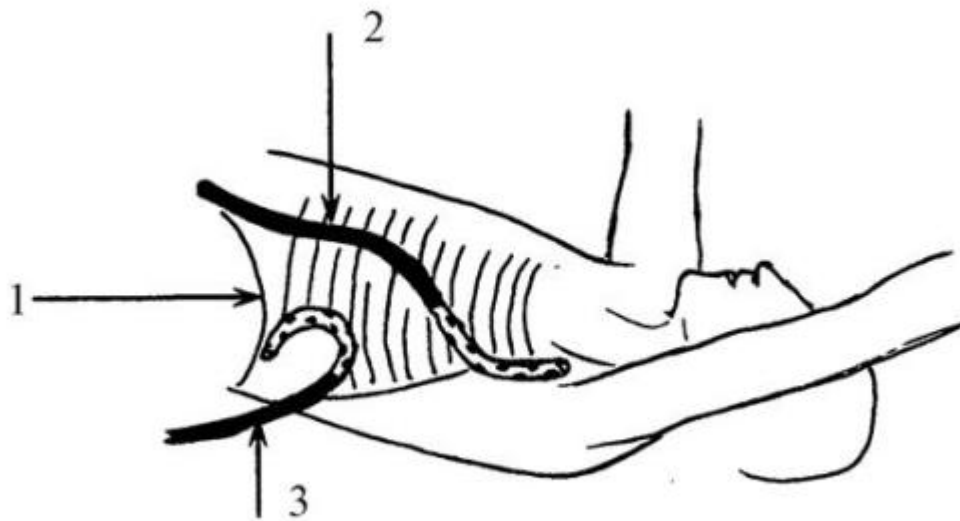


Рис. 2. Дренажирование плевральной полости двумя ПХВ-трубками

1. Диафрагма

2. Верхний дренаж (вводится в верхнее троакарное отверстие, подводится к верхушке гемиторакса)

3. Нижний дренаж (вводится в нижнее троакарное отверстие, подводится к реберно-диафрагмальному синусу)

Продолжительность операции составила 65 минут.

Из отделения анестезиологии и реанимации больной на следующий после операции день был переведен в отделение абдоминальной хирургии.

Пациент свободно двигался уже вечером в день операции. Обезболивание проводили только в первые сутки.

На второй день после операции при рентгенографии наблюдалось полное расправление легкого со стороны вмешательства, признаки пневмо- и гемоторакса отсутствовали. Дренажные трубки из левой плевральной полости были удалены.

Раны зажили первичным натяжением.

Освидетельствован ВВК: на основании статьи 53 графы III Постановления Министерства обороны и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.04.2006 г. № 10/30 признан временно негодным к военной службе – «ВН» и нуждающимся в отпуске по болезни сроком на 30 суток.

В удовлетворительном состоянии выписан в воинскую часть. При выписке жалоб на боли и дискомфорт в эпигастральной области не предъявлял.

Таким образом, наше клиническое наблюдение показывает возможность и целесообразность выполнения стволовой наддиафрагмальной ваготомии из торакоскопического доступа при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки после перенесенной ранее поддиафрагмальной ваготомии и пилоропластики по Финнею.

Литература

1. Применение торакоскопической ваготомии в оперативном лечении пострезекционных пептических язв / А. С. Балалыкин [и др.] // Эндоскоп. хирургия. 2001. № 5. С. 27–31.
2. Ситенко, В. М. Лечение ваготомией язвы двенадцатиперстной кишки и пептических язв после гастроэнтеростомии и резекции желудка / В. М. Ситенко, В. И. Самохвалов, А. А. Курыгин // Вестн. хирургии. 1969. № 3. С. 34–41.
3. Чистова, М. А. Хирургическое лечение постгастрорезекционных синдромов / М. А. Чистова, Л. В. Чистов // Хирургия. 1994. № 5. С. 29–32.
4. Шнитко, С. Н. Диагностические и лечебные возможности видеоторако-скопии в грудной хирургии: дис. ... д-ра мед. наук: 03.15.03 / С. Н. Шнитко. Минск, 2002. 280 с.
5. Шнитко, С. Н. Видеоторакоскопическая хирургия / С. Н. Шнитко, Л. Н. Бисенков. Минск, 2006. 248 с.
6. 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. № 6. P. 152–156.
7. Dubois, F. Vagotomies – laparoscopic or thoracoscopic approach / F. Dubois // End. Surgery. 1994. №2. P. 100–104.