

© Свистонюк І.У.

УДК 616.33/.342-002.44-089 (091)

## **ІСТОРІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

**І.У.Свистонюк**

*Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. – проф. Ю.Т.Ахтемійчук)  
Буковинської державної медичної академії*

---

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки в багатьох країнах світу, в тому числі в Україні, є одним з найбільш розповсюджених захворювань. З 1990 р. по 1999 р. захворюваність на цю патологію в Україні зросла майже на 40%. Щорічно виконується до 25000 оперативних втручань. Все це обумовлює актуальність розробки тактики лікування цього захворювання [1, 2].

Хірургічне лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки пройшло складний понад сторічний шлях свого розвитку – від механічного впливу на виразку (вишкрібування, випалювання) і широко застосуванням гастроентеростомії до патогенетично об'рунтованих операцій (резекція шлунка, селективна проксимальна ваготомія, малоінвазивна хірургія).

Умовно можна виділити чотири основні періоди хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. Перший період – становлення шлункової хірургії – характеризується розробкою хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, а також застосування техніки перших способів оперативних втручань. Завдяки простоті виконання і найменшій небезпеці широке розповсюдження отримала гастроентеростомія.

У свій час Кронляйн оголосив гастроентеростомію операцією вибору при виразковій хворобі шлунка, враховуючи легкість її виконання, низьку летальність і добрі безпо-

средні наслідки. Застосування гастроентеростомії передбачало основну мету – створення спокою виразці. Це досягалося завдяки швидкій евакуації їжі зі шлунка через гастроєюнальний анастомоз та нейтралізації кислого шлункового соку лужним вмістом дванадцятипалої кишки. Гастроентеростомія за методом Ру була названа в ті часи "внутрішньою аптекою".

Для створення "внутрішньої аптеки" були запропоновані такі види шлунково-кишкових анастомозів: а) передній або задній; б) передободовий або позадободовий; в) горизонтальний, вертикальний або косий залежно від положення поздовжньої осі шлунка; г) ізоперистальтичний або антиперистальтичний.

Найбільш поширеними методами шлунково-кишкового анастомозу в той час були передободова гастроентеростомія Вельфлера з міжкишковим анастомозом Брауна і задня позадободова гастроентеростомія Гаккера-Петерсена [3].

До кінця 30-х років XIX ст. [4] накопичено значний досвід застосування гастроентеростомії, з'явилися дані віддалених результатів цієї операції. Стало відомо, що у значній частині хворих ця операція не сприяє загоюванню виразки, а, навпаки, у багатьох випадках виникають нові захворювання – пептична виразка гастроентероанастомозу.

У 1937 р. на XXIV Всесоюзному з'їзді хірургів були підбиті підсумки першого

періоду розвитку хірургії шлунка. Особливо яскравими і переконливими були критичні зауваження С.С.Юдіна з приводу захоплення значної частини хірургів гастроентеростомією. Він поділився досвідом лікування 87 хворих на пептичну виразку накладанням гастроентероанастомозу. Цим хворим були зроблені дуже складні реконструктивні операції. Більшість хірургів висловилися на користь резекції шлунка.

Другий період розвитку хірургічного лікування шлунка і дванадцятипалої кишки бере початок з квітня 1879 р., коли J.Rean виконав першу резекцію шлунка у людини, яку назвав гастректомією. Ця назва в нашій країні не прижилася, але хірурги за кордоном до теперішнього часу називають її "partial gastrectomy" [5]. У січні 1881 р. віденський хірург Більрот першим у світі добився успіху під час виконання резекції шлунка: зашивши частину кукси шлунка, він анастомозував її з дванадцятипалою кишкою "кінець у кінець". Цей спосіб відомий як перший спосіб Більрота.

Польський хірург Рідігер у листопаді 1880 р. в клініці Львівського медичного університету виконав резекцію шлунка з приводу виразкового стенозу воротаря у 30-річної жінки. Ця операція на той час визнання не отримала, бо більшість хірургів цього періоду були прибічниками гастроентеростомії.

У 1885 р. Більрот, виконавши резекцію шлунка, зашив наглухо кукси шлунка і дванадцятипалої кишки, після чого наклав передній передободовий гастроентероанастомоз за методом Вельфлера. Операція отримала назву – резекція шлунка другим способом Більрота. З 1881 р. і до своєї смерті (1924) Більрот виконав 34 резекції шлунка з приводу злоякісних пухлин. Резекція шлунка методом Більрот-II стала прототипом усіх операцій, які виконуються з приводу дистального раку шлунка.

Особливо бурхливий розвиток хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки спостерігався на початку 1938 р., коли почали удосконалювати техніку оперативних втручань і розробляти нові способи резекції шлунка, але в їх основі завжди були класичні методи Більрот-I і Більрот-II [6, 7].

Особливого розквіту хірургічне лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки набуло після другої світової війни [8].

Успіх резекції шлунка пояснюється в першу чергу тим, що вона фізіологічно більш об'рунтована, ніж гастроентеростомія. Під час резекції половини або двох третин шлунка видаляється його воротарна частина, що виробляє гастрин. Завдяки цьому повністю усувається гормональний механізм регуляції шлункової секреції, а також зменшується кількість клітин, які продукують соляну кислоту. Здебільшого це призводить до вилікування виразкової хвороби шлунка [9].

Якщо у 30-40-і роки минулого сторіччя у хірургів складалося враження про наслідки цієї операції, то при ʼрунтовному дослідженні секреторної, моторно-евакуаційної функції шлунково-кишкового тракту та біохімічних показників виявлено низку вагомих патологічних змін.

Стало відомо, що резекція шлунка у деяких хворих незалежно від способу операції призводить до порушення функціонального і морфологічного стану кукси шлунка та змін нервово-рефлекторної регуляції всієї травної системи, наслідком чого стають нові патологічні постгастрорезекційні синдроми: демпінг-синдром, рефлюкс-гастрит, синдром привідної петлі та інші [10, 11].

Враховуючи вищезгадані недоліки, вітчизняні хірурги-гастроентерологи В.Ф.Саєнко и др. [12], В.Н.Клименко и др. [13] та зарубіжні хірурги [14] застосували нові наукові напрямки в хірургії шлунка і розробили такі методи: пілорозберігальна сегментарна резекція зі збереженням іннервації воротаря, дуоденопластика з поєднанням сегментарної резекції та збереженням іннервації воротаря.

Третій період розвитку хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і в більшій мірі дванадцятипалої кишки пов'язаний із подальшим розвитком медичної науки і незадовільними безпосередніми та віддаленими результатами резекції шлунка. Все це спонукало багатьох хірургів шукати нові шляхи хірургії шлунка, а особливо дванадцятипалої кишки. Наприкінці 60-х років минулого сторіччя, використовуючи досвід зарубіжних і вітчизняних хірургів, в Україні

у клініці О.О.Шалімова вперше була застосована у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки ваготомія у поєднанні з дренажною операцією. У світовій хірургії того часу активними прихильниками ваготомії були: М.И.Кузин [11], В.Е.Маят і др. [15], А.А.Курыгин, В.В.Тимаков [16], L. Adami et al. [17], D.С.Вuzman, J.D.Munting [18].

Перший досвід застосування ваготомії з метою лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки був підсумований на ХХІХ з'їзді хірургів у Києві в 1974 році. Результати палкої дискусії схилили багатьох провідних хірургів на користь ваготомії і в рекомендаціях з'їзду було схвалено рішення про індивідуалізований вибір способу оперативного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки.

У наступні роки ваготомія все ширше

впроваджувалася у клінічну практику, оскільки випадки виникнення пептичної виразки анастомозу сягали 4-8% прооперованих [19, 20].

Четвертий період можна охарактеризувати як такий, що тільки народжується. Це – хірургічне лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки із застосуванням лапароскопічних резекцій та впровадженням відеолапароскопічних ваготомій. У світі вже виконано понад 200 лапароскопічних резекцій. Всі автори зазначають значну тривалість і високу вартість таких втручань, пов'язаних із застосуванням великої кількості степлерів. На думку прибічників цього методу фінансові витрати повністю компенсуються за рахунок нетривалості і комфортності післяопераційного періоду [21-25].

### Література

1. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворювань населення України на хвороби органів травлення // Суч. гастроентерол. – 2000. – № 1. – С. 17-20.
2. Передерий В.Г., Ткач С.М., Швець О.В. Современные представления о лечении язвенной болезни с точки зрения принципов доказательной медицины // Суч. гастроентерол. – 2002. – № 3. – С. 18-20.
3. Шалімов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. – К.: Здоров'я, 1987. – 567 с.
4. Горбашко А.И. Развитие хирургии желудка за 70-летие Советской власти // Вестн. хирургии. – 1987. – № 12. – С. 8-15.
5. Pean J. De L'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrectomie // Gas S. Нор. – 1879. – V. 52. – P. 473-475.
6. Мазурик С.М. Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Кліні. хірургія. – 1992. – № 2. – С. 14-20.
7. Ducas S., Bugnariu C., Pascat P. Ete Rezectia gastrica Billroth II – Roux: rezultate imediate si tardive // Chirurgie (Buc.). – 1986. – V. 25, № 6. – P. 463-470.
8. Сытник А.П., Наумов Б.А. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка // Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 59-63.
9. Ермилов А.С., Уткин В.В. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – Рига: Зинатне, 1983. – 210 с.
10. Dahm K., Eichen R., Mitschke H. Das Krebsrisiko im Resektionsmagen. Zur Bedeutung des duodenogastrischen Refluxes bei verschiedenen gastroenteralen Anastomosen // Langenbecks Arch. Chir. – 1977. – V. 344, № 2. – P. 71-82.
11. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2002. – № 1. – С. 27-33.
12. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., Постовит А.А. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе // Кліні. хірургія. – 2003. – № 3. – С. 5-9.
13. Клименко В.Н., Грушко В.А., Клименко А.В. и др. Дуоденопластика в сочетании с сегментарной резекцией тела желудка при сохранении пилороантрального отдела у больных с декомпенсированным стенозом двенадцатиперстной кишки язвенного генеза // Кліні. хірургія – 2002. – № 3. – С. 12-15.
14. Fiser W.P., Wellborn J.C., Thompson B.U. Age and morbidity of vagotomy with antrectomy or pyloroplasty // Amer. J. Surg. – 1982. – V. 144. – P. 336-340.
15. Маят В.Е., Панцырев Ю.М., Квашин Ю.К. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. – М.: Медицина, 1975. – 357 с.
16. Курыгин А.А., Тимаков В.В. Желудочная секреция до и после ваготомии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. – 1973. – № 3. – С. 44-48.
17. Adami L., Enander A., Allerman H. Recurrences to 10 years after highly selective vagotomy in prepyloric and duodenal ulcer disease // Ann. Surg. – 1984. – V. 199. – P. 393-399.
18. Вuzman D.C., Munting J.D. Results of highly selective vagotomy in a non-university teaching hospital // Brit. J. Surg. – 1982. – V. 69. – P. 620-624.
19. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михайлов А.И. Хирургическое лечение пилородуоденального стеноза // Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 18-21.
20. Ситенко В.М., Курыгин А.А. Десятилетний опыт лечения язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией // Вестн. хирургии. – 1977. – № 7. – С. 3-9.
21. Фёдоров И.В. Эндоскопическая хирургия. – М.: Медицина, 1998. – 358 с.
22. Сажин В.П., Жабаленко В.П., Сажин А.В. и др. Лапароскопические резекции желудка: современное состояние проблемы // Эндоскоп. – 1999. –

№ 5. – С. 30-37. 23. Johanet H., Benhamou G. *Le Goff Laparoscopic duodenal ulcer // J. Laparoend. Surg. – 1994. – V. 4, № 6. – P. 447-450.* 24. Lointier P., Leroux S., Ferrier C., Daroigni M. *A technique of laparoscopic gastrectomy and Billroth-II gastrojejunostomy // J. Laparoend. Surg. – 1993. – № 4. – P. 353-364.* 25. Балалыкин А.Н., Каменев А.В. *Клинические и технические аспекты видеолaparоскопической ваготомии // Эндоскоп. хирургия. – 2000. – Т. 6, № 4. – С. 3-6.*

**ІСТОРИЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

*I.U.Svystoniuk*

**Резюме.** У статті аналізуються чотири періоди розвитку хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки.

**Ключові слова:** історія, хірургія, виразкова хвороба, шлунок, дванадцятипала кишка.

**HISTORY OF SURGICAL TREATMENT OF PEPTIC ULCER OF THE STOMACH AND DUODENUM**

*I.U.Svystoniuk*

**Abstract.** The paper deals with four periods of the development of peptic ulcer of the stomach and duodenum.

**Key words:** history, surgery, peptic ulcer, stomach, duodenum.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 04.06.2003 р.