

*Гришин И. Н., Пивченко П. Г., Бочко В. Н., Бордаков В. Н.,
Лагодич С. Н., Лой А. В.*

ВКЛАД ПРОФЕССОРА П. И. ЛОБКО В РАЗВИТИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ ХИРУРГИИ

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Белорусский государственный медицинский университет,
Республиканский Военно-медицинский центр Вооруженных Сил
Республики Беларусь,
Минская областная клиническая больница*

70–90-е годы прошлого столетия отмечен новый этапом развития хирургии, как органосохраняющая при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и её осложнениях. Основным компонентом этого направления явилась ваготомия в самых различных её модификациях выполнения. Наиболее широкое распространение получили селективная ваготомия (СП) и селективная проксимальная ваготомия (СПВ). Глашатаем этого направления тогда ещё в СССР был М. И. Кузин. Большой вклад в развитие этого направления и практического его освоение внесли профессора Н. И. Батвинков, Г. П. Рычагов, И. Н. Гришин, Ю. Б. Мартов, В. Н. Шиленок, Н. Н. Чур и другие. Результатом внедрения этого направления явилось почти десятикратное снижение послеоперационной летальности и улучшение отдаленных результатов хирургического лечения. Высокая эффективность такого принципа лечения отмечена при лечении прободных язв пилородуоденальных локализации и язвенных стенозов этой же зоны. Так, по данным Н. Н. Чура, первичная пилородуоденопластика в сочетании с ваготомией снизило рецидивы язвы и стенозы с 70 до 3,5 %. Разработанная технология органосохраняющих операций при язвенных стенозах

желудка позволило до минимума снизить выполнение ор­ганоуносящих опера­ции- резекции желудка. И в этом случае одним из компонентов этих хирургических вмешательств была СПВ.

Техника выполнения ваготомии довольно сложна и требует определенного технического навыка. Поэтому не все хирурги её владеют и часто выполняют её не в полном объеме или вообще не выполняют, хотя фиксируют в документах о выполнении. Это косвенно подтверждено исследованиями А. В. Воробья и соавторов при определении кислотности желудочного сока у оперированных в отдаленные сроки после операции. Ко всему этому, при выполнении ваготомии наблюдаются серьёзные технические погрешности, значительно отягощающие восстановление моторной функции желудочно-кишечного тракта. К выполнению ваготомии имеются определенные и противопоказания, не выполнение их является одной из причин тяжелых осложнений и летальных исходов.

В середине 90-х годов П. И. Лобко и руководимый им коллектив приступил к изучению вопроса окольной иннервации после ваготомии и получил неожиданно очень интересные результаты. Отмечено, что какая бы ваготомия не производилась, через 3–6 прерванная иннервация восстанавливается по закономерностям установленным ещё академиком Д. М. Голуба. Эти сведения были представлены в диссертации В. Жука (1997). Отсюда вытекали очень важные для желудочной хирургии выводы: 1) проводимая ваготомия при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки приводит к кратковременному преходящему эффекту снижения кислотности желудочного сока; 2) ваготомия удлиняет время хирургического вмешательства и выполнение его более травматична; 3) осложняет послеоперационное течение виде нарушения моторики желудка и кишечника. Эти положения и стали теоретической предпосылкой для принципиального изменения хирургической тактики лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Главное — установить возможность замены ваготомии послеоперационным 3-, 4-месячным введением препаратов H₂-гистаминоблокаторов и препаратов протонной помпы на фоне современной медикаментозной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Для комплексного исследования этого вопроса и была создана объединенная группа сотрудников кафедры нормальной анатомии Белгосмедуниверситета (П. И. Лобко, В. В. Руденок, П. Г. Пивченко), кафедры хирургии БелМАПО (И. Н. Гришин), хирурги Республиканского Военно-медицинского центра ВС Республики Беларусь (В. Н. Бордакова), сотрудников Минской областной клинической больницы (В. Н. Бочко, С. Н. Лагодича, А. В. Лоя). Была выработана программа исследования и с 2000 г. из арсенала хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки исключена ваготомия. Вместо неё с 1–2-го дня после операции были включены в процесс лечения препараты H₂-гистаминоблокаторы (квamatел) и ингибиторы протонной помпы (омепразол).

По этому принципу оперировано и лечено медикаментозно за период 2000–2013 гг. 292 больных (с пилородуоденальной прободной язвой 130 и 62 со стенозом 3 степени). У больных с прободной язвой проводилось иссечение прободной язвы с последующей первичной пилоропластикой. При лечении пилородуоденальных стенозов использовались разработанные принципы методик:

1) устранялся гастроэзофагеальный рефлюкс (он во всех случаях был составной частью пилородуоденального стеноза в связи со смещением кардии в средостение по типу скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы) по типу расширенной гастроэзофагеальной пликация по Ниссену;

2) в связи с этим выполнялась расширенная гастроэзопликация по Ниссену таким образом, чтобы максимально подтянуть желудок кверху и ликвидировать угол провисания в пилородуоденальном переходе (патогенетический компонент пилородуоденального стеноза);

3) для уменьшения затекания пищи в большую желудочную манжетку Ниссена фиксировалась разводящими швами к пищеводу;

4) для уменьшения объема желудка во всех случаях проводилась дубликация малой и большой кривизны желудка таким образом, чтобы желудок превращался в трубку;

5) создавалось адекватное перемещение пищевой массы из желудка в двенадцатиперстную кишку благодаря пилородуоденопластики по Финю.

На основании проведенных комплексных исследований были получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты, технически упростилось выполнение хирургического вмешательства, уменьшилась его травматичность. Представленные принципы хирургического лечения были доложены на 14-м съезде хирургов Беларуси и 11-м съезде хирургов Российской Федерации в 2011 г. Была получена самая высокая оценка предложенным методикам и подходам лечения.