

## ВКЛАД ПРОФЕССОРА А.А. КУРЫГИНА В ИСТОРИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД ОТ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА К ВАГОТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (К 90 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Ханевич М.Д.\*

ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский  
 государственный педиатрический  
 медицинский университет»,  
 Санкт-Петербург

DOI: 10.25881/20728255\_2022\_17\_4\_2\_173

**Резюме.** В 60–70-х годах прошлого столетия основным способом хирургического лечения дуоденальных язв была резекция желудка. В то же время начались исследования по применению ваготомии в лечении язв 12-перстной кишки (12ПК). Одним из пионеров этого направления в нашей стране стал Анатолий Алексеевич Курыгин. С 1964 по 1974 гг. ему удалось собрать клинический материал из 450 больных, перенесших ваготомию и пилоропластику. Это был самый большой на то время клинический материал. Было доказано, что ваготомия с пилоропластикой не уступает по эффективности лечению хронических дуоденальных язв резекции желудка, однако по количеству послеоперационных осложнений и летальности она гораздо безопаснее, чем резекция. Благодаря работе А.А. Курыгина этот метод нашёл широкое применение в клинической практике, а автор был удостоен Государственной премии.

**Ключевые слова:** резекция желудка, ваготомия, пилоропластика, хроническая язва двенадцатиперстной кишки.

Во второй половине 60-х гг. прошлого столетия, несмотря на уже накопленный мировой опыт использования ваготомии в лечении хронических язв 12ПК, отношение к ней оставалось сдержанным, а иногда и откровенно негативным. Хирурги Советского Союза находились под гипнотическим влиянием «Этюднов желудочной хирургии» Сергея Сергеевича Юдина [1]. В самой известной своей книге мэтр хирургической гастроэнтерологии назвал резекцию желудка «самой изящной операцией». Техника её выполнения была отработана и внедрена повсеместно, включая районные и даже поселковые больницы. Тем не менее её ближайшие и отдаленные результаты оставляли желать лучшего. Даже в опытных руках хирургов послеоперационная летальность у больных дуоденальной язвой составляла 4%, у 18% больных возникал демпинг-синдром или пептическая язва гастроэнтероанастомоза, что требовало не только упорного консервативного лечения, но и повторных операций [2; 3]. Высокий процент составляли такие осложнения, как несостоятельность культи двенадцати-

### PROFESSOR A.A. KURYGIN'S CONTRIBUTION TO THE HISTORICAL TURN FROM GASTRIC RESECTION TO VAGOTOMY IN THE SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC DUODENAL ULCERS (TO THE 90th ANNIVERSARY OF HIS BIRTH)

Khanevich M.D.\*

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg

**Abstract.** In the 60–70s of the last century, the main method of surgical treatment of duodenal ulcers was gastric resection. At the same time, research began on the use of vagotomy in the treatment of ulcers of the 12 duodenum. Anatoly Alekseevich Kurygin became one of the pioneers of this direction in our country. From 1964 to 1974, he managed to collect clinical material from 450 patients who underwent vagotomy and pyloroplasty. It was the largest clinical material at that time. It has been proven that vagotomy with pyloroplasty is not inferior in effectiveness to the treatment of chronic duodenal ulcers of gastric resection, however, in terms of the number of postoperative complications and mortality, it is much safer than resection. Thanks to the work of A.A. Kurygin, this method has found wide application in clinical practice, and Anatoly Alekseevich was awarded the State Prize in the field of science and technology.

**Keywords:** gastric resection, vagotomy, pyloroplasty, chronic duodenal ulcer.

типерстной кишки и швов гастроэнтероанастомоза.

В Ленинграде роль инициатора по исследованию влияния ваготомии на результаты лечения хронических язв 12ПК взяла на себя кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова, тогда руководимая профессором Валентином Михайловичем Ситенко (Рис. 1).

Вызвался организовывать подбор больных и осуществлять отработку техники ваготомии и пилоропластики, а также проводить анализ результатов лечения больных молодой преподаватель кафедры, который только что защитил кандидатскую диссертацию — Анатолий Алексеевич Курыгин. Молодому врачу в непростых условиях необходимо было доказать, что ваготомия по эффективности не уступает резекции желудка, а по тяжести послеоперационных осложнений выгодно отличается от резекции. Необходимо было найти ключ к лечению таких осложнений, развивающихся в раннем послеоперационном периоде, как атония желудка и постваготомическая диарея.



**Рис. 1.** Начальник кафедры факультетской хирургии (1958–1957) Военно-медицинской академии, лауреат Государственной премии СССР, доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы Ситенко Валентин Михайлович.

\* e-mail: al.perminova1907@yandex.ru

Ханевич М.Д.

ВКЛАД ПРОФЕССОРА А.А. КУРЫГИНА В ИСТОРИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД ОТ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА К ВАГОТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (К 90 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Тщательный подход к отбору больных, отработанная техника первых 100 операций в одних руках А.А. Курыгина, динамический контроль за больными с систематической оценкой ближайших и отдаленных результатов операции дали положительные результаты. С 1968 г. ваготомия с пилоропластикой прочно закрепилась в клинике. Появились первые публикации в хирургических научно-практических журналах, выступления на научных конференциях и съездах. Тем не менее сопротивление ваготомии не ослабевало. Ярким примером тому явился XXIX Всесоюзный съезд хирургов, состоявшийся в Киеве в 1974 г. Большинство делегатов выступило за применение в качестве основного метода хирургического лечения язв 12ПК резекцию желудка (А.А. Вишневецкий, А.А. Русанов, А.М. Ганичкин, В.С. Савельев, Г.Г. Караванов и др.). Так, академик А.А. Вишневецкий, председательствовавший на съезде, в заключительном слове говорил: «Относительно перевязки вагуса мне хочется сказать следующее: ваготомия технически не проста, приводит к значительному нарушению иннервации желудка, а иногда и к серьёзным осложнениям. В большинстве случаев она требует дополнительных дренирующих операций (гастроэнтеростомии, пилоропластики), что само по себе достаточно серьезно, отдаленные результаты этой операции не изучены. Поэтому противопоставлять ваготомии резекции я бы не стал. Ваготомии надо делать только тогда, когда это действительно показано. Широкое распространение ваготомии за рубежом не полностью убеждает нас. Думаю, что эта операция нуждается в дальнейшем изучении на современном уровне».

Съездом были даны рекомендации лечения язвенной болезни. Подчеркивалось, что при дуоденальных язвах основным хирургическим вмешательством должна оставаться резекция желудка. Это касалось и таких осложнений, как перфорация и кровотечение. Ваготомии с пилоропластикой рекомендовалось применять в исключительных случаях.

В 1975 г. в Первом Ленинградском медицинском институте им. акад. И.П. Павлова Л.В. Поташовым была защищена докторская диссертация «Экспериментально-клиническое обоснование методов диагностики и лечения массивных кровотечений из острых и хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки» [4]. В ней автор писал: «Наиболее надёжным и патогенетически обоснованным способом хирургического лечения

больных с язвенными кровотечениями остается резекция желудка, опасность выполнения которой на высоте однократной геморрагии преувеличивается. Органосохраняющие операции могут быть применены в особо тяжелых ситуациях и только в учреждениях, оснащенных аппаратурой для экспресс-диагностики секреторной функции желудка».

А.А. Курыгину необходимо было предоставить убедительные доказательства преимущества ваготомии перед резекцией желудка. В течение 10 лет упорного труда им был собран большой клинический материал. В него вошли 450 больных хроническими язвами 12ПК, включая осложненные формы (пенетрация, стеноз, перфорация, кровотечение), которым в качестве хирургического метода лечения была применена ваготомия и один из методов пилоропластики. В период от 3-х до 5 лет после операции было прослежено состояние здоровья 140 пациентов, от 5 до 10 и более лет — у 134 пациентов. Ни у кого из специалистов хирургического профиля, занимающихся лечением хронической язвы 12-ти перстной кишки, такого количества наблюдений не было. Материал был обобщён и опубликован статьёй в соавторстве с В.М. Ситенко «Десятилетний опыт лечения язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией» журнала «Вестник хирургии им. И.И. Грекова» в 1975 г. [5]. Авторы убедительно доказали эффективность ваготомии как метода выбора в лечении хронических дуоденальных язв. Послеоперационная летальность за весь период исследований не превышала 1%, а число рецидивов — 10%. Было представлено, как эффективно можно лечить постваготомические осложнения. Подводя итог анализа работы, авторы обратились к хирургическим школам, настойчиво отстаивающим резекцию желудка в лечении хронических язв 12ПК. В.М. Ситенко и А.А. Курыгин подобно «вопиющим в пустыне» настаивали, «что нет оснований для того, чтобы порочить эту операцию (ваготомии с пилоропластикой), и нужно поощрять усилие клиник и больниц, серьёзно и настойчиво изучающих ваготомии».

Это был коренной перелом во взглядах на ваготомии. Публикация в авторитетном хирургическом журнале фундаментальной работы с обоснованными взглядами во многом предопределила внедрение ваготомии в широкую клиническую практику. В Ленинграде этому способствовало назначение на должность начальника кафедры хирургии



**Рис. 2.** Начальник кафедры хирургии усовершенствования врачей №2 академии (1972–1976), лауреат Государственной премии СССР, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, генерал-майор медицинской службы Лыткин Михаил Иванович.

усовершенствования врачей №2 Военно-медицинской академии им С.М. Кирова профессора Михаила Ивановича Лыткина (Рис. 2).

Созданный им Городской центр желудочно-кишечных кровотечений на базе Городской больницы скорой помощи №21 им. И.Г. Коняшина, способствовал внедрению ваготомии в лечебную практику стационаров городского здравоохранения, а также лечебных учреждений Вооруженных Сил СССР. В 1980 г. из стен кафедры ХУВ-2 академии, тогда руководимой профессором И.А. Ерюхиным, была защищена докторская диссертация преподавателя В.В. Румянцева «Острые гастродуоденальные кровотечения и значение ваготомии в их комплексном лечении» [6]. Автор доказал, что стволовая ваготомия с пилороспластикой с иссечением язвы или её ушиванием является основным хирургическим методом лечения. Среди сторонников ваготомии других регионов следует отметить таких известных ученых, как А.А. Шалимов (Киев), М.И. Кузин (Москва), В.С. Маят (Москва), П.М. Постолюк (Волгоград).

К 1976 г. исследование Анатолия Алексеевича было завершено написанием диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук [7]. К моменту написания автореферата автором было опубликовано 20 научных работ. Более половины из них напечатаны в центральных хирургических журналах: Вестник хирургии им И.И. Грекова — 9 и Хирургия — 4. Следует обратить внимание, что диссертация была написана в 1976 году, её автореферат напечатан в 1977 г., а разослан членам диссертационного совета академии 27.03.1978 г., т.е.



**Рис. 3.** Начальник кафедры хирургии усовершенствования врачей №2 академии (1985–1998), лауреат Государственной премии СССР, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, генерал-майор медицинской службы Курыгин Анатолий Алексеевич.

защита диссертации состоялась как минимум через 1,5 года после её написания. Таким образом, работа по сбору и анализу клинического материала продолжалась 14 лет, с 1964 по 1978 год.

Анатолий Алексеевич на основной вопрос исторического XXIX съезда хирургов СССР (Киев, 1974 г.) — следует ли рекомендовать ваготомию с пилоропластикой для широкого использования в 16-м выводе диссертации дал твердый положительный ответ [8]. Он убедительно доказал, что ваготомию с пилоропластикой у больных хронической язвой 12ПК, в том числе осложненной пенетрацией, стенозом, кровотечением, перфорацией имеют низкую послеоперационную летальность по сравнению с резекцией желудка. При этом редко развивается такое осложнение, как демпинг-синдром, а также перитонит, вследствие несостоятельности швов культи 12ПК и швов гастроэнтероанастомоза. Возникающие в послеоперационном периоде атония желудка и постваготомическая диарея могут быть купированы применением ганглиоблокатора бензогексония. При достаточной опытности хирурга рецидив язвы может быть снижен с 10% до 4%.

Диссертация представляет собой эталон анализа материала, который сыграл решающее значение и сумел создать поворотный момент в стратегии лечения гастродуоденальных язв. Убедительность выводов работы дала возможность широкого внедрения ваготомии и пилоропластики в лечении осложненных форм хронической язвы 12ПК. Начался период доминирования ваготомии и дренирующих операций в лечении осложненных форм хронических дуоденальных язв.



**Рис. 4.** Президиум Торжественного собрания Военно-медицинской академии им С.М. Кирова (1995 г.). Слева на право: начальник кафедры хирургии усовершенствования врачей №2 А.А. Курыгин, начальник кафедры военно-полевой хирургии И.А. Ерюхин, начальник академии Ю.Л. Шевченко, главный хирург МО России П.Г. Брюсов, Почетный доктор академии М.И. Лыткин.

На XXX Всесоюзном съезде хирургов (Минск, 1981) при хирургическом лечении хронической дуоденальной язвы было рекомендовано применять селективную проксимальную ваготомию. При высокой желудочной секреции и нарушении пассажа по 12ПК — антрумэктомии в сочетании с ваготомией, при перфорации дуоденальной язвы, кровотечении, декомпенсированном стенозе — выполнение пилоропластики со стволовой или селективной ваготомией. Лишь в тех учреждениях, где хирурги не владеют методами ваготомии, допустимо применение резекции желудка.

Таким образом, XXX Всесоюзный съезд хирургов расставил приоритеты в лечении хронических гастродуоденальных язв и открыл путь к широкому использованию ваготомии и пилоропластики в лечебных учреждениях страны. Большинство крупных стационаров в Москве, Ленинграде, Киеве, Минске, Ташкенте, Волгограде, Баку, Таллине при операциях по поводу осложненных язв 12ПК стали применять стволовую ваготомию и пилоропластику. Послеоперационные результаты лечения больных значительно улучшились [9].

В 1978 г. А.А. Курыгину, В.М. Ситенко, А.И. Нечаю, а также ещё восьми известным профессорам, принимавшим активное участие во внедрении ваготомии в клиническую практику, была присвоена Государственная премия СССР в области науки и техники (Рис. 3).

В актовой речи к 195-й годовщине Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова [10], касаясь дискуссий, развившихся в 70-х гг. о способах хирургического лечения язвенной болезни, Анатолий Алексеевич отметил: «Наряду с большими научно-практическими достижениями в лечении язвенной болезни резекцией желудка нельзя не сказать о негативной стороне увлечения этой операцией. Триумф резекции желудка задержал в нашей стране на четверть века, по сравнению со странами Запада, принципов хирургического лечения язвенной болезни», и далее автор приводит статистические данные социальной службы, где количество инвалидов III группы после ваготомии оказалось меньше, чем после резекции желудка в 6,5 раз, а второй — в 8,5 раз. Это и есть главный итог непростого, но достойного пути А.А. Курыгина в науке и хирургии (Рис. 4).

**Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов (The author declare no conflict of interest).**

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. — М.: Медиз, 1955. [Yudin SS. Etyudi jeludochnoi hirurgii. M.: Mediz, 1955. (In Russ.)]
2. Кузин М.И. Ваготомию вчера и сегодня // Тр. XXX Всесоюзного съезда хирургов. — Минск: Вишешая школа, 1983. — С.237-241. [Kuzin MI. Vagotomiya vchera i segodnya. Tr. XXX Vsesoyuznogo sezda hi-

Ханевич М.Д.

ВКЛАД ПРОФЕССОРА А.А. КУРЫГИНА В ИСТОРИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД ОТ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА К ВАГОТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (К 90 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

- rurgov. Minsk: Visheishaya shkola; 1983. pp. 237-241. (In Russ.)]
3. Масюкова Е.М., Вусик Н.С. Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки // Тр. XXIX Всесоюзного съезда хирургов. — Киев: Здоров'я, 1973. — С.143-145. [Masyukova EM, Vusik NS. Oпит hirurgicheskogo lecheniya yuzvennoi bolezni jeludka i 12-perstnoi kishki. Tr. XXIX Vsesoyuznogo sezda hirurgov. Kiev: Zdorov'ya; 1973. pp. 143-145. (In Russ.)]
  4. Поташов Л.В. Экспериментально-клиническое обоснование методов диагностики и лечения массивных кровотечений из острых и хронических язв желудка и 12-перстной кишки: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Л; 1974. — 27 с. [Potashov LV. Ekspirementalno klinicheskoe obosnovanie metodov diagnostiki i lecheniya massivnih krvotechenii iz ostrih i hronicheskikh yazv jeludka i 12 ti perstnoi kishki. [dissertation] Leningrad; 1974. (In Russ.)]
  5. Ситенко В.М., Курьгин А.А. Десятилетний опыт лечения язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1975. — №7. — С.3-9. [Sit-enko VM, Kurigin AA. Desyatiletanii opit lecheniya yazvi dvenadcatiperstnoi kishki vagotomie. Vestnik hirurgii im. II Grekova. 1975; (7): 3-9. (In Russ.)]
  6. Румянцев В.В. Острые гастродуоденальные кровотечения и значение ваготомии с их комплексное лечение: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Л; 1980. — 30 с. [Rumyancev VV. Ostrie gastroduodenalnie krvotecheniya i znachenie vagotomii s ih kompleksnoe lechenie. [dissertation] Leningrad; 1980. (In Russ.)]
  7. Курьгин А.А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании с пилоропластикой: Дисс. ... докт. мед. наук. — Л; 1976. — 351 с. [Kurigin AA. Lechenie yazvi dvenadcatiperstnoi kishki vagotomie v sochetanii s piloroplastikoi. [dissertation] Leningrad; 1976. (In Russ.)]
  8. Труды XXIX Всесоюзного съезда хирургов (Киев, 1974). — Киев: Здоров'я, 1975. — 350с. [Trudi XXIX Vsesoyuznogo sezda hirurgov. Kiev: Zdorov'ya; 1975. (In Russ.)]
  9. Труды XXX Всесоюзного съезда хирургов (Минск, 1981). — Минск: Вишэйшая школа, 1983. — 464 с. [Trudi XXX Vsesoyuznogo sezda hirurgov; Minsk, 1983. Minsk: Visheishaya shkola; 1983. (In Russ.)]
  10. Курьгин А.А. Вклад ученых академии в развитие хирургической гастроэнтерологии (Актвая речъ 29.12.1993 г. в день 195-й годовщины Военно-медицинской академии им С.М Кирова). — СПб, 1993. — 22 с. [Kurigin AA. Vklad uchenih akademii v razvitie hirurgicheskoi gastroenterologii. Aktovaya rech 29 dekabrya 1993 v den 195 godovschini akademii Voenno medicinskoj akademii im SM Kirova. Spb; 1993. (In Russ.)]