

Ihász Mihály
az MTA rendes tagja

A PEPTICUS FEKÉLYEK KORSZERŰ SEBÉSZI KEZELÉSE

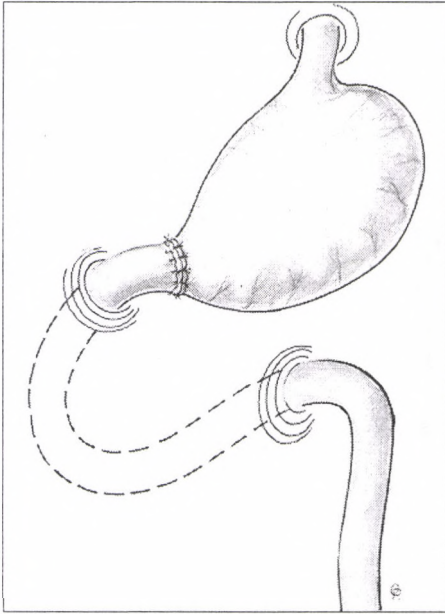
Elhangzott 1995. november 21-én

„A klinikai megfigyelés mindig a
fiziológia gazdag tárháza marad”.
(Pavlov)

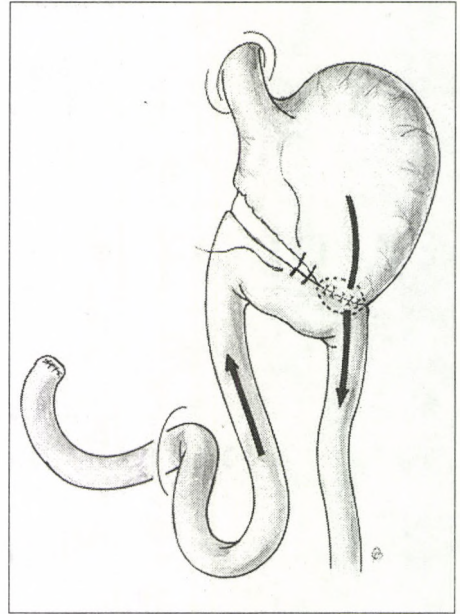
A közismert B I és B II resectiót duodenalis ulcus miatt először 1885-ben végezték. A pepticus fekélyek sebészi kezelése tehát több mint százéves múltra tekint vissza (1–2. ábra).

E két műtéti típuson az elmúlt hosszú évtizedek alatt számos módosítást végeztek a biztonságosabb megoldás és a jobb műtéti eredmények elérése érdekében. Napjainkban a 2/3-os resectio után – a folytonosság helyreállítására – leggyakrabban a Roux vagy Y anastomosist alkalmazzuk. Ugyanis ha ezt a rekonstrukciót végezzük, az epe- és a pancreas-nedv nem jut a gyomorcsonkba, hanem közvetlenül a jejunumba kerül, és ezáltal nem érvényesül közismert gyomormucosa-károsító hatásuk (3. ábra).

Évtizedes tapasztalatok bizonyítják, hogy a resectio utáni eredmények – megalapozott műtéti indikáció és helyes műtéti technika mellett – több mint 80%-ban jónak, illetve igen jónak mondhatók. Az a tény azonban, hogy e jóindulatú betegség miatt a gyomor 2/3 részének eltávolítása szükséges, önmagában is elgondolkodtató. Évtizedes tapasztalatok, megfigyelések azt is igazolták,



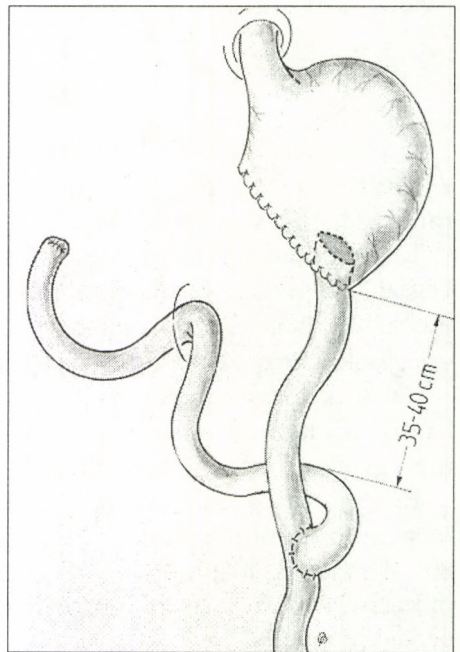
1. ábra



2. ábra

hogy a korai posztoperatív szak néhány súlyos szövődménye miatt a resectiók mortalitása viszonylag magas. A késői patológiás folyamatok és hiánytünetek pedig az átlagéletkor csökkenéséhez vezetnek.

A resectio eredményeit befolyásoló tényezők a táblázatokon látható két nagy csoportra oszthatók (1-2. táblázat).



3. ábra

Billroth típusú resectiók korai szövődményei

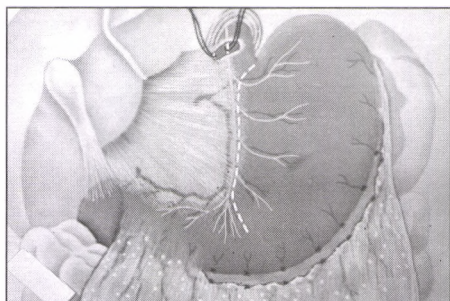
- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. DUODENUMCSONK-ELÉGTELENSÉG LEHET: KORAI, KÉSŐI (2-3%) 2. FISTULA-KÉPZŐDÉS 3. POSZTOPERATÍV UTÓVÉRZÉS (1%)
LEHET: INTRAGASTRICUS, INTRAABDOMINALIS 4. POSZTOPERATÍV PANCREATITIS, PANCREAS NECROSIS (0,5-1%) 5. ANASTOMOSIS-ELÉGTELENSÉG 6. POSZTOPERATÍV OBSTRUKCIÓS ICTERUS (0,5%)
LEHET: PRIMER, SZEKUNDER 7. POSTOPERATÍV PASSAGE-ZAVAR (2%) 8. RETROGRÁD INTUSSUSCEPTIO 9. A GASTROENTEROANASTOMOSIS TORSIÓJA |
|--|

Billroth típusú resectiók késői szövődményei

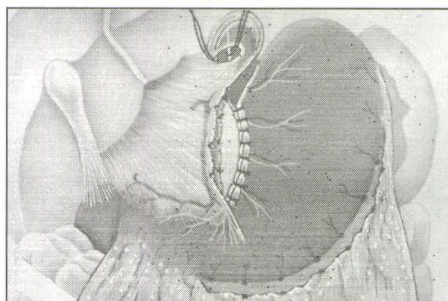
GYOMORCSONKBAN KIALAKULÓ ELVÁLTOZÁSOK	PATOLOGIÁS FOLYAMATOK HIÁNYTÜNETEK
<ol style="list-style-type: none"> 1. FEKÉLY-RECIDIVA (2-5%) 2. CSONK-CARCINOMA (KB. 5%) 3. HAEMORRHAGIÁS CSONK- GASTRITIS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DUMPING-SYNDROMA 2. KACS-SYNDROMA 3. OSTEOMALACIA: GYAKORIBB FRACTURÁK CSÖKKEN: Se Fe, Ca, P, FOLSAV ALK. PHOSPH, STB. 4. ÁTLAGÉLETKOR-CSÖKKENÉS

Mindezeket figyelembe véve érthető volt a sebészek részéről az a törekvés, hogy a pepticus fekély sebészi kezelésére szervmegtartó, ún. funkcionális műtéti eljárást dolgozzanak ki, és ezáltal csökkentsék a mortalitást, a resectio után jelentkező panaszokat és a késői hiánytüneteket. Ezt az elmúlt évtizedek folyamán megismert, a gyomor fiziológiájára vonatkozó kutatási eredmények tették lehetővé. Nyilvánvaló, hogy a modern sebészet is messzemenően orientálódik az egyes szervrendszerek fiziológiája felé. Ez vonatkozik a gyomor-sebészetre is, mert amíg korábban az ulcus-sebészetet elsősorban technikai és anatómiai szempontok uralták, az elmúlt időben a gyomor fiziológiájára vonatkozó újabb ismeretek, valamint a fekély patofiziológiája lett a modern szervmegtartó műtéti eljárás alapja.

A funkcionális gyomor-sebészet tehát az élettani és kórélettani kutatások ismeretanyagára támaszkodik, technikailag pedig a gyomor funkciójának és



4. ábra



5. ábra

formájának megtartására törekszik. Ez az ún. „*Form- und functionsgerechte Operation*”, ami a vagotomia különböző műtéti típusaival érhető el.

A vagotomiával kapcsolatos, a korábbi évtizedekben közismert ellenállás ma már a múlté. A hagyományos resectio és a vagotomia egymással történő szembeállítására már csak azért is helytelen, mert végső soron mindkettő célja azonos: az ulcerogén tényezők kiküszöbölése. A két műtéti típus között tehát nem alapvető, csupán metodikai különbség van.

A truncalis, selectiv és proximalis selectiv vagotomia technikája, az előbbi kettő előnyei, hátrányai, valamint hosszú távú eredményei ma már jól ismertek. Amikor öt évvel ezelőtt (1990-ben) az a meggyőztetés ért, hogy az osztály levelező tagjának választott, székfoglaló előadásomban az e téren szerzett klinikai tapasztalataimról részletesen beszámoltam. Akkor előadásomat azzal fejeztem be, hogy a proximalis selectiv vagotomia (PSV) hosszú távú klinikai eredményei – bevezetése óta eltelt viszonylag rövid idő miatt – ma még nem értékelhetők. Mai előadásomban ezen eredményekről kívánok beszámolni. Emlékeztetőül röviden visszatérek a truncalis (TV) és selectiv vagotomia (SV) műtéti lényegére.

A TV azt jelenti, hogy a vagus-törzseket a rekesz alatt átvágjuk. A klinikai tapasztalat igazolta, hogy – a sav-secretio jelentős savcsökkenés mellett – gyomor-atónia és pylorusspasmus lép fel, tehát a műtétet a drainage műtét valamelyik formájával ki kell egészíteni. Ez lehet pl. gastroenteroanastomosis, esetleg antrumresectio. A vagus-törzsek átvágása következtében gyakorlatilag az összes hasüregi szerv parasympathicus beidegzése megszűnik a colon transversum közepéig. Ennek eredményeképpen nemkívánatos mellékhatások lépnek fel, befolyásolva a klinikai eredményeket. Ezen mellékhatások kiküszöbölésére a sebészek kidolgozták az SV műtéti technikáját. Ennek előnye – a TV-vel szemben –, hogy megkíméli az extragastricus ágakat, és ezáltal kiküszöböli a pancreas, az extrahepaticus epeutak és a vékonybél működésé-

ben fellépő átmeneti funkcionális zavarokat. Mivel a gyomor parasymphicus beidegzése itt is megszűnik, valamilyen drainage-műtét elvégzése szintén szükséges. Ezen műtét bevezetését rövid időn belül követte a PSV technikájának kidolgozása, gyakorlati alkalmazása. Előnye, hogy az antrum és a pylorus innervációja intakt marad (4–5. ábra), a gyomorürülésben nem lép fel zavar, tehát drainage-műtét – ha nincs pylorus stenosis – nem szükséges.

Természetesen ezen műtétnek is megvannak az előnyei és hátrányai, amint azok a 3–4. táblázatokon láthatók.

3. táblázat

A proximalis selectiv vagotomia előnyei

1. AZ ANTRUM- ÉS PYLORUS-INNERVATIO INTACT MARAD.
2. DRAINAGE-MŰTÉT NEM SZÜKSÉGES (HA NINCS STENOSIS).
3. NINCS DUMPING-SYNDROMA ÉS DIARRHOEA.
4. FOKOZZA A BICARBONAT-SECRETIÓT, ÉS EZÁLTAL RELATÍVE NŐ A MUCOSA VÉDŐMECHANIZMUSA.
5. NINCSENEK ANYAGCSEREZAVAROK, KÉSŐI HIÁNYTÜNETEK.
6. KISEBB A VÉRVESZTESÉG, KEVÉSBÉ TRAUMATIZÁLÓ.
7. ALACSONY A MORTALITÁS (0,1–0,5%).

4. táblázat

A proximalis selectiv vagotomia hátrányai

1. PONTOS ANATÓMIAI ISMERETEKET ÉS FINOM MŰTÉTI TECHNIKÁT IGÉNYEL.
2. IDŐIGÉNYES.
3. NEM MINDEN ESETBEN VÉGEZHETŐ EL (OBESITAS, MELLKASI DEFORMITAS).
4. MAGASABB A FEKÉLY-RECIDIVÁK SZÁMA (10% KÖRÜL).

Tehát ennek a műtétnek is vannak hátrányai, és ez természetes is, hiszen végeredményben éppen úgy nem adekvát terápiája a pepticus fekélyek sebészi kezelésének, mint a klasszikus resectio. A végleges megoldás csak akkor várható – és az minden bizonnyal nem sebészi megoldás lesz –, ha a fekély etiológiája teljes egészében ismertté válik. Addig azonban az a feladatunk, hogy az eseteket külön-külön elbírálvá azt a műtéti megoldást válasszuk, amelytől a legjobb eredményt várjuk, és amelynek a legalacsonyabb a mortalitása.

A PSV gyakorlati alkalmazásáról alkotott véleményünket az 5. táblázaton tüntettem fel.

A proximalis selectiv vagotomia gyakorlati alkalmazása

1. A pepticus fekélyek sebészi kezelésével kapcsolatos eddigi álláspontot nem módosítja. Továbbra is – sőt fokozottabban – elsődleges a belgyógyászati kezelés és a műtét ennek eredménytelensége vagy a szövődmények fellépésekor indokolt.
2. Nem jelent konkurenciát az egyéb műtétekkel szemben, csupán a pepticus fekély kezelésének új műtéti eljárással való gazdagodását.

Napjainkban a világ élvonalába tartozó sebészek a pepticus fekélyek kezelésére – mint a legmodernebb műtéti megoldást – ezt az eljárást javasolják, alkalmazják. Mielőtt e műtét terén szerzett tapasztalatunkat, klinikai eredményeinket ismertetném, néhány szót kívánok ejteni *a fekélysebészet jelenlegi helyzetéről*.

Kétségtelen, hogy az elmúlt évtizedben felfedezett és a gyakorlatban is széles körben elterjedt, új fekélyellenes gyógyszerek alkalmazása az elektív műtéti beavatkozások számát nemcsak hazánkban, hanem nemzetközi viszonylatban is radikálisan csökkentették. Ez vonatkozik saját anyagunkra is, mert amíg az 1980-as években – duodenalis ulcus miatt – átlagban 70-80 műtétet végeztünk, jelen évtizedünkben ez a szám átlagban 10-15-re csökkent. E hatásos gyógyszerek birtokában ma nagyon nehéz – csak önkéntes alapon lehetséges – *a műtéti indikációk pontos meghatározása* (6. táblázat). Bár a penetráció kérdéjellel szerepel, de véleményem szerint az abszolút indikációk közé tartozik, ha az általa okozott súlyos pancreatitis vagy annak szövődményeire gondolunk, nem beszélve annak következményeiről, ha a penetráció a ligamentum hepatoduodenaléba történik.

A pepticus fekélyek sebészi kezelésének indikációi

I. Abszolút	II. Relatív
indikációk	
1. Súlyos vérzés. 2. Perforáció. 3. Stenosis (fibroticus). 4. Penetráció?	1. Eredménytelen belgyógyászati kezelés. 2. Szociális indok?

Általában *a relatív műtéti indikációk* azok, amelyek a legnagyobb vitát váltják ki a műtéti időpont megválasztásában. Kétségtelen, hogy a duodenalis fekélyek 85-90%-a a korszerű konzervatív terápiára gyógyul, vagy legalábbis „kézben tartható”, a recidívák egy része megelőzhető, vagy a panaszmentes időszakok

meghosszabbíthatók. A fennmaradó 10–15% az ún. refrakter- vagy terápia-rezisztens fekélyek csoportjába tartozik, és mindenféle belgyógyászati kezeléssel dacol. Ezeknek egy bizonyos százaléka azonban valószínűleg gyógyulna, ha a beteg a beállított terápiát rendszeresen folytatná, ha tudna változtatni az életmódján, ha rossz életkörülményei megváltoznának. Ez egyben azt is jelenti, hogy a műtetre kerülő betegek egy része nem képes az orvosával együttműködni, vagy az együttműködni nem akaró betegek közül kerülnek ki azok, akiknek egy része műtét után is panaszos marad, és a recidivus fekélyek száma is magasabb lesz. Ez viszont a műtéti eredmények értékelésére is kedvezőtlenül hat. Mindebből logikusan következik az a tény, hogy a duodenalis fekély kezelésére alkalmazott műtéti eljárások eredményei a továbbiakban nem vagy alig lesznek javíthatók.

Relatív indikációk alapján a műtéti megoldást akkor tartjuk indokoltnak:

- ha a konzervatív kezelés minden formáját kimerítve, a fekély nem gyógyul, de gyógyulási hajlamot sem mutat, és a panaszok is változatlanok;
- ha a komplex kezelés ellenére – beleértve a fenntartó kezelést is – a fekély gyakran recidivál, és a panaszok változatlanok.

Erős megszorítással a *szociális indokok* is képezhetnek műtéti indikációt. Itt elsősorban azon személyekre gondolok, akik – foglalkozásukból adódóan – jelentős és folyamatos idegi megterhelésnek vannak kitéve, a gyógyszer szedése, étkezésük, pihenésük rendszertelen (pl. kamionsofőrök). A másik csoportba azok tartoznak, akiknek családi és egyéb szociális körülményeik az eredményes gyógyszeres terápia ellen hatnak. Megítélésünk szerint – az eredménytelen konzervatív kezelés után – az ezen csoportba tartozóknál is indokolt a műtét.

Mi – amint már mondtam – a *pepticus fekélyek sebészi kezelésére elsősorban a PSV-t végezzük*. Amint az a 4–5. ábrákon látható: e műtét lényege, hogy csak a sósavat termelő parietalis sejtek vagalis beidegzését szünteti meg. A sósavtermelést mintegy 80%-ban csökkenti. Itt mindjárt felvetődik a kérdés, illetve az *ellen-érv* e műtéttel szemben: miszerint az egyre hatékonyabb savszekréció-csökkentő gyógyszerek kezelésére nem reagáló, valóban terápia-rezisztens esetekben a PSV sem jelent alternatívát, azaz ezekben az esetekben a műtét utáni klinikai válasz is legalább annyira elégtelen lesz, mint a konzervatív kezelés. A klinikai tapasztalatok azonban ellentmondanak ezen gondolatmenetnek, mivel a terápia-rezisztens betegeken végzett műtét mintegy 60%-ban sikeresen alkalmazható. Ugyanis a gyógyszer és a műtét hatásmechanizmusa nem azonos.

Ma már azt is tudjuk, hogy e műtéttel a legjobb eredmények akkor érhetők el, ha csak a duodenális fekélyek sebészi kezelésére alkalmazzuk, főleg azokban az esetekben, ahol a hypersecretio basalis eredetű, vagyis a fokozott savterme-

lést a nervus vagus túlműködése okozza. Azok a próbálkozások, hogy a PSV-t gyomorfekély gyógyítására is alkalmazzuk, nem váltották be a hozzáfűzött reményeket. A klinikai eredmények nem kielégítőek, a fekély-recidivák száma feltűnően magas, és az előzetes biopsia során, valamint a műtét alatt végzett intraoperatív szövettani vizsgálat ellenére is előfordul, hogy a végleges szövettani vizsgálat már ulcus carcinomát mutat, amely újabb műtéti beavatkozást tesz szükségessé. A pyloricus és a prepyloricus fekélyek miatt végzett műtétek klinikai eredményei sem kielégítőek, bár ez vita tárgyát képezi. Tehát a mai álláspont szerint azt kell mondani, hogy a PSV pylorus és prepyloricus fekélyek kezelésére kevésbé, gastricus fekély esetében pedig egyáltalán nem ajánlott. A fekély sebészi kezelésére főleg ez utóbbi esetben továbbra is a hagyományos resectio valamelyik formáját kell végezni.

Rátérve a *klinikai eredmények* ismertetésére (7. táblázat): 1980. január 1–1993. december 31. között (14 év alatt) 838 műtétet végeztünk. Az 1993 után operáltakat – az idő rövidege miatt – már nem dolgoztuk fel. Az általános ulcusos anamnesis-idő 9,5 év.

7. táblázat

Proximalis selectiv vagotomia, 1980. január 1–1993. december 31.

Műtéti indikációk. Esetszám: 838

Műtéti indikáció	Esetszám	(%)
Ulcus duodeni chronicum	516	61,6
Ulcus duodeni stenotisans	174	20,8
Ulcus duodeni-perforatio	77	9,2
Ulcus duodeni-vérzés	47	5,6
Ulcus duodeni et ventriculi	12	1,4
Ulcus ventriculi	12	1,4

8. táblázat

Proximalis selectiv vagotomia, 1980. január 1–1993. december 31.

Kor és nem szerinti megoszlás. Esetszám: 838

Korcsoport (év)	Férfi	Nő	Összesen
17–20	7	1	8
21–30	62	24	86
31–40	234	82	316
41–50	203	95	298
51–60	69	28	97
61–70	23	8	31
71–	2	–	2
Összesen	600	238	838

A pepticus fekélyek korszerű sebészi kezelése

Intraoperatív szövődmények (9. táblázat). Lépsérüléskor minden esetben splenectomiát végeztünk. A nyelőcsősérüléseket műtét alatt észleltük. A sérült részt elvarrtuk, és a varratsort funduplicatióval fedtük.

9. táblázat

Proximalis selectiv vagotomia, 1980. január 1–1993. december 31.

Intraoperatív szövődmények. Esetszám: 838

	Esetszám	%	Mortalitás
Lépsérülés	11	1,3	2
Nyelőcsősérülés	2	0,2	1
Gyomorsérülés (penetratio)	1	0,1	–
Cardioresperatoricus elégtelenség	1	0,1	–
Összesen	15	1,8	3

Posztoperatív szövődmények (10. táblázat). A dysphagiás (15,9%) panaszok enyhék voltak, egy-két hét alatt spontán megszűntek, néhány esetben gyógyszeres kezelésre.

Tágításra vagy reoperációra nem volt szükség. A nem kíméletes műtéti technika okozta szöveti oedema, a nyelőcső körüli vérzés, a nehézségeket okozó anatómiai variációk, a perioesophagealis fibrosis azon tényezők, amelyek a dysphagia kialakulásához lehetőséget teremtenek.

Kisgörbületi necrosis. Mindkettőt atípusos formában észleltük. Egyik a hasfalón áttörő tályog formájában jelentkezett. A kisgörbületi sipolyt a gyomor radiológiai vizsgálata igazolta. A másiknál a 14. posztoperatív napon elvégzett rutin gasztroszkópos vizsgálat – panaszmentesség mellett – kiterjedt kisgörbületi nyálkahártya-necrosist mutatott, amely három hónappal később már nem volt látható.

Hasüregi vérzés két esetben fordult elő a ligamentum gastrocolicumból, az elégtelen érlelés miatt. Gyomorból származó vérzést egy alkalommal észleltünk, amit nagy valószínűséggel a kisgörbületi ischaemia okozott. Reoperációt nem igényelt.

Fekély-perforatio a posztoperatív szak 3. napján egy betegen fordult elő. A perforatiós nyílást suturáztuk.

Pylorus-plastica insufficientia két betegen lépett fel. Mindkettő tályog formájában jelentkezett.

Az enteritis necrotisans a PSV-nek nem speciális szövődménye. Egy ilyen esetünk fatális kimenetelű volt.

Az egyéb szövődmények az általános sebészi beavatkozások bármelyike után létrejöhetnek.

10. táblázat

*Proximalis selectiv vagotomia, 1980. január 1–1993. december 31.
Posztoperatív szövődmények*

	Esetszám	%	Mortalitás
Dysphagia	134	15,9	–
Kisgöbületi necrosis	2	0,2	1
Hasüregi vérzés	2	0,2	–
Duodenalis ulcus perforatiója	1	0,1	–
Varratelégtelenség (pylorusplasticánál)	2	0,2	1
Enteritis necrotisans	1	0,1	–
Sebgennyedés	55	6,5	–
Pancreatitis acuta	6	0,7	–
Bronchitis (pneumonia)	65	7,7	–
Cardiorespiratoricus elégtelenség	13	1,5	–
Összesen	281	33,5	2

A PSV-műtét mortalitása (11. táblázat) általában 0–1% között van. A feldolgozott esetek mortalitása 0,6%, de a szövődménymentes esetek halálózása csak 0,2%.

11. táblázat

*Proximalis selectiv vagotomia, 1980. január 1–1993. december 31.
Mortalitás. Esetszám: 838*

Műtési indikáció	Műtét	A halál oka
1. 60 éves férfi Perforatio	PSV + sutura perforationis + splenectomia	acut myocardialis infarctus, a 3. postoperatív napon
2. 56 éves nő Chronicus duod. ulc.	PSV + cholecystectomy + splenectomia	acut cardioresp. insuff. az első postoperatív napon
3. 65 éves férfi Stenosis	PSV + pylorusplastica oesophagus sérülés	acut vérzés stress-fekélyből a 6. postoperatív napon
4. 34 éves férfi Chronicus duod. ulc.	PSV	enteritis necrotisans a 14. postoperatív napon
5. 61 éves nő Vérzés	PSV + fekélyalóltés pylorusplastica	pneumonia, cardioresp. elégtelenség a 21. postop. napon

Sav-secretiós vizsgálat (12. táblázat). A preoperatív sav-secretiós vizsgálatot – a szövődményes esetektől eltekintve – minden betegen elvégeztük (518 eset). A betegek 68%-a bizonyult hyperacidnak. Műtét után 1–3 héttel megismételtük a basalis secretiós vizsgálatot, illetve a Hollander-próbát. Az operáltak egy részénél

az ellenőrző vizsgálatok alkalmával is elvégeztük a Hollander-próbát, ha ahhoz a beteg hozzájárult. A műtét jelentősen csökkentette mind a basalis, mind a provokált sav-secretiót. A csökkenés százalékban kifejezve: BAO 83%, MAO 88%. Műtét után – az idő függvényében – a secretio növekedési tendenciája figyelhető meg, főleg az első egy-két évben, de még az öt- és tízéves utánvizsgálatok értékei is szignifikánsan alacsonyabbak a preoperatív értékeknél.

12. táblázat

Proximalis selectiv vagotomia, 1980. január 1–1990. december 31.

A gyomor sav-secretiójának változása proximalis selectiv vagotomiát követően

	Esetszám	BAO ± SD	MAO ± SD
Preoperatív	196	8,8 ± 0,5	29,2 ± 1,8
Posztoperatív 1–3 hét	185	1,5 ± 0,3	2,0 ± 0,2
1 év	144	1,9 ± 0,2	3,4 ± 0,4
2 év	113	2,0 ± 0,2	3,9 ± 0,4
5 év	89	2,2 ± 0,3	4,6 ± 0,3
10 év	78	2,5 ± 0,2	5,2 ± 0,3

Napjainkban vita tárgyát képezi a savsecretió vizsgálat rutinszerű végzése. Érvek és ellenérvek szólnak mellette. Egy szempontból azonban alapvető jelentősége van: választ ad arra, hogy inkomplett-e a vagotomia, vagyis a sebész felelős-e a fekély-recidíváért.

A legsúlyosabb ellenérv a PSV-vel szemben a *fekély-recidívák* magas száma (13. táblázat). Gyakorisága – a szakirodalmi adatok szerint – 1–30%. Az 1980–1993 között operált 838 betegből 703-at tudtunk folyamatosan, 14 éven át ellenőrizni. Az utolsó ellenőrzés 1994-ben történt, amelynek során a 703 beteg közül 70 esetben találtunk recidívát, ami 9,9%-nak felel meg. A 70 beteg közül 6 esetben kellett akut műtétet végezni. Egynél PSV után 8 évvel a fekély perforált. Suturaát végeztünk. Öt alkalommal az ulcusból származó vérzés miatt B II resectiót. A nagyobb számok mellett – amelyek a különböző időpontokban megjelenő recidívák gyakoriságát jelentik – a kisebb számok az inkomplett vagotomiák számát mutatják, bizonyítva, hogy *a nem tökéletes műtéti technika, vagyis az inkomplett vagotomia a recidívák megjelenésében jelentős szerepet játszik.* Ez anyagunkban 47%-nak felel meg, ami a műtétet végző sebész műtéttechnikai fogyatékoságára vezethető vissza. A másik figyelemre méltó tapasztalat, hogy a recidívák 68,5%-ban már az első két évben megjelennek. Ez a megfigyelés azért érdekes, mert az 1966–1980 között végzett TV-műtétek (687 eset) és a 118 SV-műtét késői eredményeinél azt tapasztaltuk, hogy a recidívák száma éppen ellenkezőleg változott, tehát az idő előrehaladásával emelkedett.

13. táblázat

Proximalis selectiv vagotomia, 1980. január 1–1993. december 31.

A recidív fekélyek megjelenése. Esetszám: 70

Év	Férfi	Nő	Együtt	Százalék	
0,5	8 (5)	5 (3)	13 (8)	18,5	68,5%
1	13 (7)	6 (4)	19 (11)	27,1	
1,5	4 (2)	2 (1)	6 (3)	8,6	
2	7 (2)	3 (1)	10 (3)	14,3	
2,5	2 (1)	2 (1)	4 (2)	5,7	
3	3 (1)	–	3 (1)	4,3	
6	7 (3)	4 (1)	11 (4)	15,7	
10	4 (–)	–	4 (–)	5,7	
Összesen	48 (21)	22 (11)	70	100	

(Zárójelben a pozitív Hollander-teszttel bíró betegek száma.)

A recidív fekélyek indikáció és nem szerinti megoszlása (14. táblázat). Ebből a táblázatból két dolgot emelek ki: a szövődményes esetek műtete után a recidívák lényegesen gyakoribbak, mint az elektív műtétek után (stenosis, vérzés). A recidív fekélyek 91%-ban ismét a duodenumban és 9%-ban a gyomorban jelentek meg.

14. táblázat

Proximalis selectiv vagotomia, 1980. január 1–1993. december 31.

A recidív fekélyek indikáció és nem szerinti megoszlása. Esetszám: 838

Indikáció	Eset-szám	Halál	Ellen-őrzt	Férfi	Nő	Együtt	%	Elhe-lyezk. duod.	Ventr.
Ulc. duod. chc.	516	2	432	23	17	40	9,3	36	4
Stenosis	174	1	146	18	2	20	13,7	19	1
Perforatio	77	1	64	3	–	3	4,7	3	–
Vérzés	47	1	40	4	2	6	15,0	6	–
Ulc. ventriculi	12	–	10	–	–	–	–	–	–
Ulc. duod. et ventr.	12	–	11	–	1	1	9,1	–	1
Összesen	838	5	703	48	22	70	9,9	64	6

Összefoglalva: a recidívakkal kapcsolatban azt kell mondanom, hogy ennek a valóban korszerű, csonkolástól mentes, fiziológiás műtét – ha egyáltalán a sebészi beavatkozás lehet fiziológiás – egyetlen hátránya a viszonylag magas fekély-recidíva. Ezek száma csökkenthető, ha figyelembe vesszük *a recidíva gyakoriságát befolyásoló tényezőket* (15. táblázat). A kiújulás teljes kiküszöbölésének problémája azonban ma még éppúgy megoldatlan, mint korábban.

A fekély-recidíva gyakoriságát befolyásoló tényezők

1. A VAGOTOMIA SEM ADEKVÁT TERÁPIÁJA A FEKÉLYBETEGSÉGNEK.
2. A MŰTÉTI INDIKÁCIÓ HELYES VAGY HELYTELEN VOLTA.
3. A FEKÉLY ELHELYEZKEDÉSE (PYLORICUS, PREPYLORICUS, VENTRICULARIS).
4. TECHNIKAI JÁRTASSÁG.

A recidív fekélyek kezelése. Itt is elsődleges a belgyógyászati kezelés. Az a gyakorlati tapasztalatunk, hogy a jelenlegi hatásos gyógyszerek adására a recidív fekélyek kb. 50%-a gyógyul. A fennmaradó esetek – az eredménytelen gyógyszeres kezelés után – előbb-utóbb műtetre kerülnek. A 70 recidív fekélyes betegünk közül 37 esetben (53%) volt eredménytelen a belgyógyászati kezelés, és újabb műtéti beavatkozásra kényszerültünk. Az egy suturától (perforatio miatt) eltekintve B I vagy B II resectiót végeztünk. Halálesetünk nem volt. Vita tárgyát képezi, hogy PSV után milyen műtéti megoldást célszerű végezni. Mi a hagyományos resectio valamelyik formáját tartjuk a helyes műtéti megoldásnak.

A klinikai eredményeket (16. táblázat) Visick-beosztás szerint értékeltük. A I–II. csoportba az operáltak 81,7%-a tartozik. A Visick III. csoportba azokat soroltuk, akik időnként puffadásról, teltségérzésről, ritkán epigastriális fájdalomról, bizonyos ételek fogyasztásának mellőzéséről számoltak be. A IV. csoportba tartozik a 70 fekély-recidíva és az a 4 beteg, akiknek intractabilis non-ulcer dyspepsiás panaszuk vannak.

Proximalis selectiv vagotomia, 1980. január 1–1993. december 31.

Klinikai eredmények. Esetszám: 703

Visick-beosztás	Esetszám	Százalék (%)	
Visick grade 1	456	64,8	81,7%
Visick grade 2	119	16,9	
Visick grade 3	54	7,7	
Visick grade 4	74	10,5	

Figyelembe véve a több mint 800 műtéti esetet, a viszonylag hosszú nyomkövetési időt, megalapozottnak tartjuk azt az álláspontunkat, hogy a PSV klinikai eredményei jók, elérik a hagyományos resectio klinikai eredményeit. Viszont e műtéti megterhelés lényegesen kisebb, a korai posztoperatív

szakban kevesebb a súlyos szövődmények száma, és nincsenek késői hiánytünetek, de nem tagadható, hogy ezen műtét után gyakoribb a fekély-recidíva, ami elsősorban a műtéttechnikai fogyatékosagra, vagyis az inkomplett vagotomiára vezethető vissza.

Befejezésül röviden szólni kívánok a *fekélysebészet jövőjéről*, ahogyan én látom. Az elmúlt évek, évtizedek alatt a gyomor fiziológiájával, patofiziológiájával kapcsolatos kutatások korábban szinte elképzelhetetlen rohamlépésekben haladtak előre, és ez napjainkban is folytatódik. E kutatások eredményei tették lehetővé azon nagy hatású gyógyszerek előállítását, amelyek eredményeképpen olyan radikálisan csökkent a fekélybetegség adekvát terápiájának korántsem nevezhető műtéti beavatkozások száma. E gyógyszerek közül talán a legfontosabbak azok, amelyek a sav-secretiót csökkentik, akár úgy, hogy a savtermelő parietalis sejtek basalis membránján a H₂-receptorokhoz kötődnek, vagy éppen a savképződés intracelluláris mechanizmusába avatkoznak be, mint pl. protonpumpa-gátló szerek. Mások a nyálkahártya-defectus területén fejtik ki hatásukat, fokozva a mucosa védekezőképességét, mint pl. a sucralfate. De számos egyéb, talán kevésbé hatásos, de alkalmazott gyógyszert is említ-hetnék.

Az ma már vitathatatlan, hogy a nyombélfekély kialakulásában a sósav agresszív hatásának kulcsszerepe van. Azonban számos egyéb okot, tényezőt is ismerünk, amelyek ulcus kialakulásához vezetnek, tehát a *fekély etiológiája multifaktoriális*. Ez ugyan késleltetheti a fekélykezelés összes etiológiai tényezőjének megismerését, de hiszem, hogy ez előbb vagy utóbb, de nem évtizedek múlva, be fog következni, és ez lesz az az időpont, amikor – az addig is csökkenő műtéti szám mellett – a fekély elektív műtéti kezelése végleg lekerül a sebészet palettájáról.