

## Къ казуистикѣ обширныхъ резекцій желудка \*).

Проф. В. И. Разумовскаго.

(Посвящается проф. Н. Н. Феноменову, по случаю тридцатилѣтія его научно-врачебной дѣятельности).

Операція резекціи желудка относительно новая. Многие изъ современныхъ врачей живо помнятъ то время, когда телеграфъ принесъ намъ извѣстіе изъ Вѣны о первой удачной резекціи желудка при ракѣ, произведенной проф. Th. Billroth'омъ 29 янв. 1881 г. <sup>1)</sup>. Весь образованный міръ съ напряженнымъ вниманіемъ слѣдилъ тогда за судьбой этой первой операціи.

Въ слѣдующіе мѣсяцы (Февраль и Мартъ) Billroth производитъ еще двѣ резекціи съ неудачнымъ исходомъ. Это не обезкураживаетъ хирурговъ: въ Апрѣлѣ мѣсяцѣ того же года ассистентомъ проф. Billroth'a Wöllfler'омъ (теперь профессоромъ въ Прагѣ) произведена еще одна резекція желудка съ благополучнымъ исходомъ.

Такимъ образомъ резекція желудка была введена въ хирургию, получила право гражданства.

Съ тѣхъ поръ хирургическій опытъ относительно этой операціи значительно расширился, техника улучшилась,—и многие заграничные хирурги считаютъ свои операціи уже десятками, а нѣкоторые (Mikulicz, Mayo, Kocher) даже многими десятками. Процентъ

---

\* ) Должено въ засѣданіи Общества врачей 3-го Мая 1908 г.

<sup>1)</sup> Операціи на человѣкѣ предшествовали рядъ операцій на животныхъ Merrem'a, Gussenbauer'a, Winiwarter'a, Czerny и др. Gussenbauer (ассистентъ проф. Th. Billroth'a) тщательно разработалъ технику резекціи желудка на собакахъ (1876). Pean и Ruydiger произвели по 1 операціи на людяхъ ранѣе Billroth'a (1879 и 1880 г.), но съ неудачнымъ исходомъ. (Zur Geschichte d. circuliär. Pylorotomie. Von Dr A. Stieda. D. Zeitsch. f. Chirurgie 1901 г.).

смертности, ранѣе очень высокій (50—60), по новѣйшей статистикѣ Legische'a равняется 25. Makkas на матеріалѣ Mikulicz'a исчисляетъ % смертности въ 30 <sup>1)</sup>,—нѣсколько высшая цифра, можетъ быть, потому что Mikulicz оперировалъ болѣе радикально, экстирпируя съ желудкомъ en masse малый сальникъ. Kocher въ послѣднее время понизилъ % смертности даже до—17. Что касается отдаленныхъ результатовъ, объ нихъ даетъ представленіе прослѣженный матеріалъ Mikulicz'a: изъ 71 больныхъ, перенесшихъ операцію, 22 человекъ жили 3 года, остальные имѣли рецидивы ранѣе; есть случаи, жившіе больше 10 лѣтъ.

Въ Россіи резекція желудка производилась относительно еще мало, хотя именно въ Россіи вскорѣ послѣ введенія операціи былъ полученъ замѣчательный результатъ покойнымъ проф. Ратимовымъ послѣ резекціи раковаго желудка: его больная послѣ операціи жила безъ рецидива 12 лѣтъ. Этотъ случай, на ряду съ аналогичнымъ случаемъ проф. Kocher'a, долгое время цитировался русскими и иностранными хирургами, когда заходила рѣчь о пользѣ этой операціи.

Станнымъ образомъ охотнѣе и, повидимому, даже съ лучшими результатами въ Россіи эта операція производилась не профессорами хирургіи, а нашими лучшими больничными и земскими хирургами, каковы: Богаевскій, Спасокукоцкій, Дерюжинскій, Козловскій, Цейдлеръ (теперь профессоръ), Бирштейнъ и др.

Вообще русскіе хирурги свои случаи считаютъ пока еще единицами. Исключеніе составляетъ талантливый провинціальный хирургъ (въ г. Смоленскѣ) С. И. Спасокукоцкій. Подобно Mikulicz'у въ Германіи, онъ спеціально занялся желудочной хирургіей, и въ этой области далеко опередилъ своихъ русскихъ товарищей. Изъ его доклада на послѣднемъ (7-мъ) съѣздѣ російскихъ хирурговъ видно, что имъ при ракъ желудка произведено 23 резекціи съ 30% смертности.

Изъ профессоровъ-хирурговъ довольно много случаевъ оперировалъ Московскій профессоръ П. И. Дьяконовъ; въ его отчетахъ я нашелъ 10 случаевъ; выздоровленіе получило только въ одномъ случаѣ. Такіе исключительно неблагоприятные результаты при резекціи желудка въ одной изъ нашихъ благоустроенныхъ клиникъ объясняются, вѣроятно, подборомъ тяжелыхъ случаевъ.

Наилучшіе результаты (по исходамъ) въ Россіи получилъ, насколько мнѣ извѣстно, С. Ф. Дерюжинскій: онъ произвелъ резекцію желудка при ракъ 6 разъ и въ 5 случаяхъ получилъ выздо-

<sup>1)</sup> Послѣ 1898 г.; до 1898 г. Mikulicz имѣлъ смертность въ 45%.

рвление,—результатъ не оставляющій желать ничего лучшаго, особенно если принять во вниманіе, что С. Ф. Дерюжинскому пришлось дѣлать обширныя, такъ наз. субтотальныя, резекціи желудка.

Я произвелъ резекцію желудка при ракъ 5 разъ; 4 моихъ больныхъ перенесли операцію, 1 (больная) умерла на 3-й день отъ перитонита. Изъ 4-хъ пережившихъ операцію, одинъ больной погибъ у меня въ періодѣ выздоровленія, когда уже началъ питаться, чрезъ 17 дней, при мозговыхъ явленіяхъ (гемиплегія, потеря сознания); Это былъ пожилой субъектъ съ артеріосклерозомъ сосудовъ. Если смерть въ этомъ случаѣ также отнести на счетъ операціи, напр. предположить позднюю эмболию (аутопсии не было), то я имѣю на 5 случаевъ 2 смерти и 3 выздоровленія.

Я долженъ сказать, что мнѣ много разъ пришлось отказываться отъ операціи при ракъ желудка, такъ какъ больные направлялись ко мнѣ слишкомъ поздно, и нельзя уже было рассчитывать на полное удаленіе новообразованія. Въ сомнительныхъ случаяхъ я иногда производилъ пробное чревосѣченіе.

Въ случаяхъ раковъ со стенозомъ pylorі, гдѣ радикальная операція была уже невозможна, я ограничивался палліативной операціей—гастроэнтеростоміей. Гастроэнтеростомію при ракахъ желудка мнѣ пришлось произвести разъ 10. Эта операція, давшая мнѣ, какъ и другимъ хирургамъ, прекрасные результаты при доброкачественныхъ суженіяхъ выхода желудка, при раковыхъ суженіяхъ давала мнѣ результаты не особенно удовлетворительные: у больныхъ, переносившихъ операцію, улучшеніе обыкновенно кратковременно, страданія уменьшаются не всегда,—и обычно чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ больные погибаютъ отъ рака.

Два раза при ракахъ желудка мнѣ пришлось произвести jejunostomiam: 1 разъ первично при очень маленькомъ раковомъ желудкѣ (такъ называемое раковое сморщиваніе) безъ стеноза pylorі и съ метастазами (постоянная рвота, сильная болѣзненность); 1 разъ вторично у больного, которому ранѣе успѣшно была произведена мною резекція желудка, а чрезъ 9 мѣсяцевъ послѣдовалъ рецидивъ. Jejunostomia въ обѣихъ случаяхъ дала мнѣ результаты также кратковременныя.

Вообще палліативныя операціи при ракъ желудка даютъ больнымъ очень немного, а у хирурга оставляютъ чувство неудовлетворенности. Этимъ, конечно, объясняется, что всѣ авторы, наиболѣе опытные въ желудочной хирургіи (Mikulicz, Kocher, Mayo, Krönlein, Körte—за границей, Спасокукоцкій, Дерюжинскій—въ Россіи) стремятся расширить предѣлы радикальнаго вмѣшательства, производя обширныя резекціи желудка (такъ наз. субтотальныя) до полной экстирпаціи влючительно. Современная хирургическая техника даетъ на это право.

Изъ моихъ резекцій 3 принадлежатъ къ такимъ обширнымъ, приче́мъ въ 2 случаяхъ вмѣстѣ съ значительной частью желудка мнѣ пришлось резецировать по куску печени.

Одинъ изъ препаратовъ обширной резекціи желудка я демонстрировалъ на VII Пироговскомъ съѣздѣ врачей въ Казани въ 1899 г. <sup>1)</sup> Это былъ именно препаратъ отъ больного, погибшаго чрезъ 17 дней послѣ операціи при мозговыхъ явленіяхъ.

2 подобныхъ же препарата отъ больныхъ, хорошо перенесшихъ операціи, я имѣю продемонстрировать въ сегодняшнемъ засѣданіи Общества врачей. Предварительно сообщу краткія исторіи болѣзни.

1) А. С. Священникъ, 38 л., изъ Нижегородской губ. Заболѣлъ въ Августѣ 1907, обращался къ врачу и лѣчился отъ желудочныхъ болей. Ранѣе нѣсколько лѣтъ страдалъ болями въ правомъ подреберьи. Опухоль замѣчена была врачомъ въ Декабрѣ 1907 г.,—и больной направленъ въ клинику, куда поступилъ въ Февр. 1908 г. Жалуется на чувство тяжести, давленія, ощущеніе посторонняго тѣла и тупыя боли (особенно послѣ ѣды, при движеніи). Запоры. Недомоганіе, слабость, при ходьбѣ одышка. Исхуданіе, но рѣзкой кахексіи еще нѣтъ; желтовато-землистый оттѣнокъ покрововъ, особенно на лицѣ. Въ правомъ легкомъ явленія катарра верхушекъ и хрипы (наклонность къ бронхитамъ). Артеріосклерозъ. Акцентуація 2-го тона *ar. pulmonalis*.

Въ животѣ, съ лѣвой стороны по парастернальной линіи, нѣсколько выше пупка, опухоль, больше кулака величиной, неправильно-овальной формы; длинникомъ опухоль направлена слѣва направо: эластически-плотна, мѣстами бугриста, съ вырѣзкой и (рядомъ) выпуклостью на верхней границѣ. Подвижность опухоли довольно значительна: вправо ее можно перемѣстить за среднюю линію, влево до мамиллярной линіи, вверхъ до ребернаго края, внизъ на палецъ ниже пупка. При надуваніи желудка опухоль смѣщается вправо. Явленій стеноза *pylori* и *cardiae* нѣтъ. Нѣтъ и *dilatatio*. Двигательная способность желудка мало нарушена. Желудочный сокъ: общая кислотность=40, есть молочная кислота.

Операція III/12 1908 въ хлороформномъ наркозѣ. Резекція желудка вмѣстѣ съ частями большаго и малаго сальника и увеличенными железами. Вслѣдствіе удаленія большей части желудка (около  $\frac{3}{4}$ ) подведеніе *duodeni* къ культѣ *cardiae* было нѣсколько затруднительно, также и наложеніе швовъ; но все же соединеніе удалось по 1-му способу *Billroth'a*. Мѣсто шва прикрыто приподнятымъ кверху сальникомъ. Операція продолжалась отъ начала наркоза до наложенія повязки около 3-хъ часовъ.

<sup>1)</sup> См. Труды VII Пироговскаго съѣзда врачей.

Послѣдовательное теченіе безъ осложненій на мѣстахъ раненія, но небольшой пневмонической фокусъ былъ въ легкомъ, разрѣшившійся на 3-ей недѣлѣ. Всталъ больной чрезъ 3 недѣли. Пища вначалѣ маленькими дозами (ложками), но уже чрезъ мѣсяць больной могъ принимать порядочныя количества. Быстро прибывалъ въ вѣсѣ (на 11 фунтовъ въ 15 дней). Хорошій аппетитъ, сонъ; правильныя ежедневныя послабленія на низъ съ 4-й недѣли послѣ операциі. Въ началѣ Мая выписанъ изъ клиники. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли:— коллоидный ракъ. Опухоль относительно хорошо отграничена, но проросла всю толщю стѣнки желудка,— узлы на serosa. Много железъ на большой и особенно на малой кривизнѣ.

2) Н. Макарова, крестьянка Симбирской губерни, 39 лѣтъ. Съ осени 1907 желудочныя явленія, въ Октябрѣ замѣчена была опухоль. Съ Ноября началась рвота, которая постепенно учащалась и въ Мартѣ 1908 г., предъ поступленіемъ въ клинику, наблюдалась почти каждый день послѣ приема пици.

Больная сильно исхудала, анемична. Жалуется на чувство тяжести, боли, рвоту, запоры.

Грудные органы безъ измѣненій. Въ животѣ, въ regio epigastrica, большая опухоль, вслѣдствіе валости брюшныхъ стѣнокъ хорошо видится глазомъ при горизонтальномъ положеніи больной на спинѣ. См. рис. на слѣд. стр. Опухоль неправильной формы, эластически плотна, мѣстами бугриста, чувствительна при ощупываніи, мало-подвижна. Можно констатировать сращеніе опухоли съ брюшной стѣнкой. Умѣренные явленія стеноза pylori: промываніе желудка въ клиникѣ и діета прекратили рвоту и облегчили чувство тяжести; больная могла по немногу кушать. Въ желудочномъ сокѣ много слизи, по временамъ кровь; кислотность=42; есть молочная кислота.

Операциа 1908 IV/2 въ хлороформномъ наркозѣ. При вскрытіи брюшной полости, часть брюшной стѣнки, сращенной съ опухолью (брюшина, задняя пластинка влагалища recti), пришлось оставить на опухоли. Опухоль спаяна на большомъ протяженіи (6—8 кв. сантиметровъ) съ лѣвой долей печени: это не простое сращеніе, а проростаніе печени опухолью, исходящей изъ желудка.

Убѣдившись обслѣдованіемъ, что 1) заднія железы (такъ наз. lymphoglandulae coelicae) не поражены; 2) что печеночная часть опухоли ограничена и 3) что нѣтъ большихъ заднихъ связей желудка съ pancreas и т. д.,—я рѣшилъ экстирпировать пораженную часть желудка съ лѣвой долей печени однимъ кускомъ.

Для этого я наложилъ позади опухоли на печень длинный и сильный зажимъ (съ вѣтвями, покрытыми дренажной трубкой)—и

впереди его отсѣкъ пораженную часть лѣвой доли печени. Теперь я уже могъ приступить къ отдѣленію желудка по большой и малой кривизнѣ. Изъ желудка пришлось экстирпировать около  $\frac{2}{3}$ . Какъ и въ предыдущемъ случаѣ duodenum я могъ соединить съ оставшейся частью желудка по 1-му способу Billroth'a. Ливія шва была прикрыта подтянутымъ и пришитымъ сальникомъ.



Больная Макарова до операціи.

Покончивъ съ желудкомъ, я перешелъ къ ранѣ печени. Здѣсь прежде всего оказалось необходимымъ изъ печени удалить еще пласть, такъ какъ разрѣзъ пришелся частью въ опухоли. Послѣ елиновиднаго изсѣченія до здоровыхъ частей печени, наложены сначала на большіе зіяющіе сосуды нѣсколько внутри-печеночныхъ лигатуръ (при посредствѣ обкалыванія); затѣмъ наложено 6—8—толстыхъ катгутовыхъ швовъ на края печеночной раны, и зажимъ снятъ; пришлось еще наложить нѣсколько добавочныхъ швовъ для окончательной остановки кровотеченія. На нижней поверхности

печени оказался порядочный (въ нѣсколько сантиметровъ) разрывъ, образовавшійся, очевидно, въ моментъ подведенія и наложенія зажима; разрывъ сшитъ и для прикрытія его подтянута *lig. teres*.

Брюшная полость въ этомъ случаѣ, какъ и въ предъидущемъ, зашита наглухо. Операція продолжалась 3 часа 10 минутъ: много времени ушло на остановку кровотеченія и шовъ печеночной раны.

Послѣоперационное теченіе совершенно гладкое; полное отсутствіе какихъ-либо перитонеальныхъ явленій. Съ 3-го дня питаніе *per os*. Ходить больная начала чрезъ 3 недѣли; къ этому времени начались и правильныя послабленія на низъ.

Въ настоящее время (начало мая—2-й мѣсяць) больная, правда еще очень слабая, на ногахъ: имѣется только небольшой свищъ около одного изъ швовъ.

Микроскопическое изслѣдованіе опухоли (препараты какъ въ этомъ, такъ и въ предъидущемъ случаѣ изготовлены лаборантомъ клиники Б. П. Енохинымъ и проконтролированы П. П. Заболотновымъ): *adenocarcinoma*. Замѣчательно въ этомъ случаѣ отсутствіе пораженія лимфатическихъ железъ на обычныхъ для рака желудка мѣстахъ, не смотря на очень значительное развитіе опухоли въ стѣнкахъ желудка и въ печени. Въ послѣдней, вблизи главной опухоли, 2—3 вторичныхъ узла по сосѣдству. Подъ микроскопомъ въ печени среди печеночной ткани разсѣяныя эпителиальныя гнѣзда (раковыхъ кѣлѣтокъ).

Отмѣчу нѣкоторыя особенности моихъ случаевъ. Первая особенность заключается въ томъ, что опухоли во всѣхъ 3 случаяхъ обширныхъ резекцій достигли очень значительной величины, о чемъ даетъ представленіе фотографія, снятая съ послѣдней больной. Въ другихъ 2-хъ случаяхъ опухоли, хотя не выдавались чрезъ покровы живота такъ рельефно, но также были очень значительны. Такія большія опухоли уже механически, вслѣдствіе своей тяжести, давленія на сосѣдніе органы и т. д., сильно стѣсняютъ больныхъ, вызывая чувство давленія, тупую боль и т. под., особенно при движеніяхъ.

Не смотря на такую большую величину, во всѣхъ 3 случаяхъ не было рѣзкихъ явленій стеноза *pylori*, хотя *pars pylorica* была занята опухолью; это, можетъ быть, объясняется тѣмъ, что опухоль не циркулярно обхватываетъ *pylorus*, а часть его стѣнки оставляетъ свободной. Только у женщины (3-й случай) были явленія стеноза, но въ слабой степени: когда она поступила въ клинику, промыванія желудка, регулированіе діеты ослабили явленія стеноза. Вслѣдствіе отсутствія стеноза *pylori* истощеніе больныхъ не было очень значительно, и всѣ 3 хорошо перенесли тяжелыя операціи:

явленій шока и collapsus'a не наблюдалось, пульсъ послѣ операціи оставался хорошимъ (70—90 ударовъ) и т. д.

Вторая особенность моихъ операцій заключается въ томъ, что мнѣ 2 раза при операціяхъ, вмѣстѣ съ резекціей желудка, пришлось удалить по куску изъ печени. Въ одномъ случаѣ было приростаніе желудка къ печени,—кусочекъ удаленъ небольшой; въ другомъ опухоль на большомъ пространствѣ (6—8 кв. сантиметровъ) проросла печень,—и въ окружности ея въ печени, въ ближайшемъ сосѣдствѣ, развились вторичные узлы; здѣсь пришлось удалить значительную часть лѣвой доли печени, что усилило травму и удлиннило операцію, такъ какъ много времени было потрачено на остановку кровотеченія и швы печени. Одинъ моментъ я даже колебался, думалъ примѣнить тампонаду. Но въ концѣ концовъ кровотеченіе изъ печени было остановлено,—и брюшная рана зашита наглухо, что я считаю выгоднымъ при этихъ операціяхъ (на желудкѣ).

Сращенія съ печенью при ракахъ желудка не особенно часты. На 163 случая Mikulicz'a (Маккас<sup>1</sup>) сращенія съ сосѣдними органами наблюдались въ 46 случаяхъ; всего чаще съ pancreas; съ печенью только 3 раза. Обширныхъ сращеній и проростаній печени Маккас не отмѣчаетъ. Сращенія съ печенью не противопоказуютъ радикальной операціи: у 1 изъ больныхъ Mikulicz'a, жившихъ послѣ операціи 3 года, имѣлось сращеніе съ печенью. Въ высокой степени интересенъ въ этомъ отношеніи случай Vigscher'a<sup>2</sup>): больной удалена раковая опухоль изъ малой кривизны желудка, величиной съ куриное яйцо, и метастазъ изъ печени съ лѣвой орѣхъ (carcinoma cylindrocellulare); лимфатическія железы были еще не поражены. Больная оставалась здоровою послѣ операціи 15<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лѣтъ. Подобное наблюденіе даетъ намъ право при резекціяхъ желудка на пораженіе печени не смотрѣть какъ на противопоказаніе къ операціи и резецировать куски изъ печени, если, конечно, можно удалить все, пораженное раковымъ процессомъ.

---

<sup>1</sup>) Mittheilungen aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chirurgie. 1907. Gedenkband f. J. Mikulicz.

<sup>2</sup>) Centralblatt f. Chirurgie, 1907; S. 865.