

Из Факультетской хирургической клиники Казанского государственного  
медицинского института (директор заслуженный деятель науки  
проф. А. В. Вишневецкий).

## К хирургии желудка.

В. И. Пшеничников.

Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта язва желудка и двенадцатиперстной кишки, при определенных показаниях, наиболее часто дают повод к оперативному вмешательству. Сведения об этих заболеваниях мы находим уже в далеком прошлом (Цельзий, Гален).

Современное учение о язве имеет своим источником исследования Cruveilhier (1791 — 1874), который выделял это заболевание в самостоятельную форму, подробно описал клиническую картину, указав способ распознавания и основные принципы лечения.

Разработка же вопросов этиологии и патогенеза язвенной болезни принадлежит Rokitansky и Virchow'у.

В вопросе о способах операции при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки нет единства, и он до сих пор еще обсуждается на врачебных съездах и конференциях.

Наша клиника не разделяла крайних тенденций в этом вопросе. Учитывая важность роли дуоденальной регургитации, мы ставили показания для гастроэнтеростомии в случаях язв желудка и двенадцатиперстной кишки, где тонус желудка еще сохранился, где не было расширения его, где была хорошая проходимость пилоруса и не было мозолистых изменений и стеноза его. В этих же условиях мы предпочитали делать гастроэнтеростомию у больных молодого возраста, имея в виду способность к регенерации трофически измененных тканей. При каллезных язвах, сопровождавшихся стенозом привратника, расширением желудка, вялостью и атонией его стенки, мы ставили показания к обширной резекции.

С развитием оперативной техники и применением местной анестезии, упреки в отношении обширной резекции при язве желудка и двенадцатиперстной кишки все более и более утрачивают свое значение.

Осложнения после резекции наблюдаются реже, чем после гастроэнтеростомии, но смертность остается все еще высокой, достигая 5 — 20%.

Радикализм операции приобретает исключительное значение при раке желудка. Резекция желудка при этом обычно разворачивается в сложную операцию. Здесь еще более актуально значение местной анестезии при операции, сопровождающейся все еще высокой смертностью (18 — 50%).

За истекшие 7 лет наша клиника имела 486 желудочных больных, среди которых лишь 381 имели показания к операции. Эти больные все оперированы под местной анестезией по способу ползучего инфильтрата.

Локализация язвы (164 резекции желудка).

В пилорической части малой кривизны — 81 сл. в среднем отделе малой кривизны — 23, у кардии — 17, на большой кривизне — 4, на задней стенке желудка — 32, множественные язвы желудка — 7.

Пенетрирующих язв в печень и поджелудочную железу было — 36. Среди 72 случаев рака желудка мы имели: Аденокарциному — 41 сл., скirr — 21, другие формы рака — 10 сл.

Диагноз	Колич.	Операции	Смертность	Возраст б-вых
Ulcus ventriculi . . .	164	Billroth I . . . 18	1) 2,7%	26-55 л. Большая часть 30-45 л.
" duodeni . . .	21	Billroth II . . . 167		
" ventriculi . . .	1	Gastroctomia totalis	1 0	
" duodeni . . .	9	Паллиативная резекция по Finsterer'y . . . 9	3	
" pepticum jejunum	10	Degastroenterostomia, Billroth I . . . 4	1	
Друг. последствия GSA	4	Degastroenterostomia, Billroth II . . . 9	0	35-65 л. Большая часть 45-55 л.
		Degastroenterostomia . . . 1	0	
Cancer ventriculi . . .	72	Billroth I . . . . 10	2	35-65 л. Большая часть 45-55 л.
		Billroth II . . . . 58	4	
		Gastroctomia totalis . . . 4	1	
Ulcus ventriculi . . .	48	Gastroenterostomia . . . 100	1	24-60 л. Большая часть 30-40 л.
" duodeni . . .	52			

Со времени доклада Mikulicz'a на хирургическом конгрессе (1887) установился взгляд, что при острых профузных желудочных кровотечениях хирургическое вмешательство не показано. Но уже Roux (1893) впервые с успехом применил при этом перевязку сосудов и экспизию кровоточащей язвы. И до сих пор еще нет единства в вопросе лечения профузных желудочных кровотечений. Многие авторы считают возможным при этом выжидание и применение терапевтических процедур, другие же (Finsterer, Rauchet, Юдин и др.) считают показанным немедленное хирургическое вмешательство — резекцию желудка.

Большое значение имеет здесь переливание крови, а местная анестезия при операции в этих условиях имеет решающее значение. На небольшом, сравнительно, материале, мы убедились в преимуществе резекции при остром профузном желудочном кровотечении. Из 7 больных мы потеряли одного, которого не оперировали.

В течение последних трех лет ведется большая дискуссия о выборе способа оперативного вмешательства при так называемых нерезецируемых язвах, к числу которых относят тяжелые случаи глубокоосидающих язв двенадцатиперстной кишки и высокоосидающие, кардиальные язвы малой кривизны. Понятие об этих язвах не лишено субъективизма, частота их у разных авторов колеблется от 6 до 55%. Успехи хирургии желудка создали тенденцию к радикализму и при этих язвах.

При глубокоосидающих язвах двенадцатиперстной кишки Finsterer (1917) предложил резекцию для исключения привратника. При высокоосидающих язвах малой кривизны Madelerg (1923) предложил паллиативную резекцию антральной части желудка, Rauchet — субтотальную резекцию „en gouliere“, Вознесенский (1928) — резекцию по методу изведения, Schmieden — седлообразную, Kirschner (1932) — дистальную. При рецидиве неэпической язвы тощей кишки, Kreuter (1924) также предложил паллиативную резекцию.

Продолжающийся и до сих пор спор о пилорусе (Friedemann, 1934) разделил сторонников резекции для исключения привратника на две группы: одни авторы, как правило, при этой операции удаляют и пилорус, другие — оставляют пилорус на месте, считая рискованным удаление его в трудных случаях т. е. нерезецируемых язв. Кроме высоких цифр смертности (до 20%), после резекции для исключения привратника возникают серьезные осложнения (пептическая язва тощей кишки (4—27%), дуоденальная фистула и др.). Резекцию для исключения привратника по Finsterer'у мы применяли в 9 трудных случаях глубоководящих язв двенадцатиперстной кишки и потеряли 3-х больных от дуоденальной фистулы на поздних сроках (до 2-х мес.). За последний год мы пересмотрели нашу точку зрения в этом вопросе.

Дегастроэнтеростомия с резекцией желудка представляет собою сложную операцию, показанием для которой обычно служат пептическая язва тощей кишки и другие осложнения, возникающие на разных сроках после гастроэнтеростомии.

При этом, сложность патолого-анатомического субстрата делает операцию в высшей степени трудной. Эта операция часто затягивается, так что применение общего наркоза при ней противопоказано. Среди существующих же способов местного обезболивания лишь наш метод местной анестезии обеспечивает планомерное выполнение всей операции с начала до конца без какого-либо компромисса к общему наркозу. В нашем материале 14 дегастроэнтеростомий; мы потеряли лишь одного больного на 4-й день после операции. Исключительную ценность приобретает здесь гидравлическая пренарковка, которая в высшей степени облегчает доступ к анастомозу.

Еще большее значение приобретает применение нашей анестезии при полной гастроэктоми. В настоящее время число этих операций превышает 200 случ., с 80 благополучными исходами.

Термином тотальная гастроэктомия нередко злоупотребляют в литературе. Полными гастроэктомиями следует считать лишь те случаи, где неоспоримо доказано, что на одном конце удаленного желудка имеется отрезок пищевода, а на другом — двенадцатиперстной кишки. В нашем материале 5 полных гастроэктомий, в строгом смысле этого слова (4 по поводу рака и 1 по поводу язвы). Из 5 больных мы потеряли одну большую преклонного возраста, у которой одновременно была удалена и селезенка. Один из больных, оперированный по поводу рака желудка, находится у нас под наблюдением около 5 лет.

Одним из серьезных осложнений после операций на желудке является атония; часто она наблюдается и после других операций, в особенности на печени, а также и при некоторых заболеваниях вне связи с оперативным вмешательством.

В развитии этого осложнения общий наркоз играет немаловажную роль (Kelling, Braun, Seidel, Paug, Lee, Лесной и др.). По наблюдениям нашей клиники атония желудка после резекции была реже, чем после гастроэнтеростомии, а при резекции — после Billroth'a II реже, чем после Billroth'a I.

Так как роль общего наркоза в развитии этого осложнения неоспорима, то отсюда следует, что из методов местной анестезии при операциях на желудке, реже будет сопровождаться атонией тот, который

абсолютно не имеет никакого компромисса к общему наркозу. Этому по-  
ложению наиболее удовлетворяет применяемый у нас метод местной ана-  
стезии проф. А. В. Вишневецкого. Метод этот прост, доступен широ-  
ким кругам хирургов, в рамках его укладываются все операции на  
желудке, он эффективен и в своей динамике тесно увязан с каждым  
элементом операции. (Описание его см. в руководстве проф. А. В. Виш-  
невского. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата,  
Татвздт, 1933, Казань).

При наличии солидных спаек и сращений, при интратрахеальной инфильтрации  
в печень или поджелудочную железу, новокаиновый инфильтрат и гид-  
равлическая препаровка в высшей степени облегчают трудные моменты  
операции.

Вопрос об этиологии язвенной болезни до настоящего времени живо  
интересует теоретиков и клиницистов. Многочисленные теории, пытаю-  
щиеся объяснить причину этого заболевания, в основном исходят из пато-  
лого-анатомических изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной  
кишки под влиянием физических и химических факторов, поражений  
сосудов, центральной, периферической и вегетативной нервной системы,  
количественных и качественных изменений, компонентов желудочного  
сока, расстройств эндокринных желез, понижения резистентности орга-  
низма и ацидоза тканей, конституциональных моментов и тяжелых усло-  
вий быта и труда. Не имея возможности хотя бы в кратком обзоре  
остановиться на всех теориях и взглядах, подчеркнем лишь, что в послед-  
ние годы в этом вопросе большое внимание уделяется роли нервной  
системы.

На основании клинических наблюдений над применением блока  
по Вишневецкому мы также получили доказательства роли нервной  
системы в разрывании и течении патологического процесса при язве  
желудка и двенадцатиперстной кишки. Эти наблюдения позволили прийти  
к выводу, что „язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной  
кишки — своеобразный трофоневроз в специфических условиях органа“  
(проф. А. В. Вишневецкий).

---