

через тонкий зонд содержимое без рвотных движений стало выделяться через трахеостомическое отверстие. Больному в последующем была наложена гастростомия, однако и при этом наблюдалось периодическое забрасывание желудочного содержимого в носоглотку и трахею. Поступление желудочного содержимого в трахею у больных в бессознательном состоянии не сопровождалось какой-либо внешней реакцией. При патанатомическом вскрытии через 3,5 месяца после операции в обоих легких были обнаружены множественные абсцессы, один из которых прорвался в плевральную полость.

В заключение следует отметить, что мы рассмотрели только некоторые причины летальных исходов, умышленно разделив их на группы, однако на практике встречается сложное переплетение всех этих факторов, затрудняющее проблему хирургического лечения острых нарушений мозгового кровообращения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. А р у т ю н о в А. И. *Вопр. нейрохир.* 1962, 1. — 2. Б а б а д ж а н я н С. В. *Невропат. и псих.* 1952, 6. — 3. Б о г о л е п о в Н. К., Л е б е д е в В. В., Ш а п и р о Л. Б. *Врач. дело.* 1962, 7. — 4. Г р а щ е н к о в Н. И., В е й н А. М., Г е х т Б. М. *Невропат. и псих.* 1960, 6. — 5. Д и н а б у р г А. Д., Д р а ч е в а З. Н. *Клин. мед.* 1957, 12. — 6. Л е б е д е в В. В., С а п о ж н и к о в а М. А. *Тез. докл. 2 нейрохир. конф. сосуд. патологии мозга. М., 1963.* — 7. Л у н е в Д. К. *Науч. тр. ин-та невропатол. АМН СССР, в. 1, 1960.* — 8. Л у н е в Д. К., Б о г а т ы р е в Ю. В., Н и к о л а е в а Н. Ф. *Тез. докл. IV Всесоюз. съезда невропатол. и психиат., т. 2, 1963.* — М и х е е в а В. В., Д у х о в н и к о в а Л. М. *Клин. мед.* 1953, 9. — 10. Н е п л о х Я. М. *Тр. психоневролог. ин-та. Л., 1961.* — 11. П о п о в ы н М. Д. *Тр. Саратовского мед. ин-та. Сб. тр. кафедры нерв. болезней. 1963, 2.* — 12. П о й л и ч И., М а р и н е с к у К., М а р к о в и ч Г. *Науч. тр. ин-та неврологии АМН СССР, вып. 1, 1960.* — 13. С о с к и н Л. С. *Нейрохирургия. 1959, 2.* — 14. Ф а с о н Э., Ш в а р ц Б., Ш н е й д е р В. *Невропат. и псих.* 1964, 2. — 15. Ш м и д т Е. В. *Вопр. нейрохир.* 1959, 2. — 16. M c K i s s o c k W., R i c h a r d s o n A. and W a l s h L. *Lancet*, 1959, 7105, 683—686.

УДК 616. 33—616—089. 87

## ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

*Ю. О. Фурман*

Хирургическое отделение (зав. — Ю. О. Фурман) 1 городской больницы  
(главврач — Н. А. Фарберов) г. Нижнего Тагила

Резекция желудка — пока единственная радикальная операция при полипозе, раке, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Хорошие и удовлетворительные, ближайшие и отдаленные результаты после резекции желудка по Бильрот II в различных модификациях следует объяснить огромными компенсаторными возможностями человеческого организма (С. И. Филиппович, Н. Ш. Амиров, Т. В. Волкова и другие).

И все же неудовлетворительные результаты после резекции желудка по Бильрот II встречаются довольно часто. Процент плохих результатов колеблется, по разным авторам, от 3% до 60% (А. А. Бусалов, Е. И. Захаров, М. И. Петрушинский, С. А. Зарубин, Ю. Т. Комаровский и другие).

Такой большой диапазон (от 3% до 60%) в плохих результатах мы можем объяснить только тем, что, во-первых, критерии плохих и хороших результатов были различными и, во-вторых, авторы, работающие с анкетными данными об отдаленных результатах, отмечали всегда лучшие результаты, чем авторы, лично обследовавшие пациентов. Мы пришли к выводу, что только личный контакт с оперированным, а еще лучше — тщательное стационарное обследование может привести к достаточно объективным выводам.

Значительно более физиологична резекция желудка по Бильрот I, так как в процесс пищеварения включается вся двенадцатиперстная кишка, но в ряде случаев она не может быть осуществлена технически. Даже мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру не дает возможности сблизить желудок с дуоденум для наложения анастомоза.

Шумакер еще в 1911 г. высказал мысль о возможности использовать отрезок тонкой кишки для вставки между желудком и двенадцатиперстной кишкой. П. А. Куприянов в 1924 г. экспериментально разработал операцию еюногастропластики и кровообращения трансплантата. Е. И. Захаров в 1938 г. сделал первую в мире операцию еюногастропластики при резекции желудка по поводу язвенной болезни.

В нашей стране этой операции присвоено имя Куприянова-Захарова. В 1952 г. подобную же операцию описал Хенлей. За рубежом операция Куприянова-Захарова носит название Захарова-Хенлея.

Хотя, на первый взгляд, эти операции идентичны, при более детальном их изучении они значительно отличаются. Преимущества операции Захарова заключаются в том, что в области анастомоза трансплантата с двенадцатиперстной кишкой создается жом, препятствующий быстрому заполнению дуоденум и опорожнению желудка. При гастрэктомии такой же жом создается в области анастомоза между пищеводом и трансплантатом, что предупреждает регургитацию. Эта, казалось бы, небольшая техническая деталь является чрезвычайно ценной при резекции желудка и гастрэктомии в функциональном отношении.

Операция Куприянова-Захарова технически сложнее, чем обычная резекция желудка, а поэтому должна выполняться только опытными хирургами.

Отрицательными сторонами резекции желудка по Куприянову-Захарову является увеличение количества анастомозов, удлинение срока операции, возможность сдавления сосудистой ножки трансплантата в окне мезоколон. Но эти недостатки компенсируются включением в акт пищеварения двенадцатиперстной кишки, увеличением объема желудка, отсутствием таких тяжелых осложнений, как демпинг-синдром или агастральная астеня. За последние годы операция Куприянова-Захарова все чаще и чаще применяется в клиниках и больницах нашей страны.

Нами сделано 46 резекций желудка с применением тонкокишечного трансплантата. Мужчин было 31, женщин — 15. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 1, от 21 до 40 лет — 25 и от 41 до 60 лет — 20.

Давность заболевания была у 3 больных до года, у 6 — от 1 до 3 лет, у 4 — от 3 до 5 лет, у 16 — от 5 до 10 лет и у 13 — более 10 лет.

У 4 больных с полипозом желудка давность обнаружения заболевания колебалась от одного до 6 месяцев.

Язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке у 22, в желудке — у 15, желудке и дуоденум — у 2, в канале привратника — у 6. Четверо больных страдали полипозом желудка.

Первую операцию с тонкокишечной пластикой мы сделали 16/X 1962 г. типично по методике, описанной Е. И. Захаровым. Всего по этой методике нами сделано 18 резекций желудка. Наиболее уязвимым местом этой операции является сосудистая ножка трансплантата, которая может привести к нарушению питания тонкокишечной вставки. Мы наблюдали случай рубцового сужения трансплантата за счет нарушения питания вследствие сдавления сосудистой ножки в окне мезоколон. При повторной операции пришлось убрать вставку, ушить двенадцатиперстную кишку и наложить гастроэнтероанастомоз по Финстереру. Больная поправилась. О рубцовом сужении дуоденоюнального анастомоза сообщил также Р. В. Матешук.

Две резекции нами сделаны по методу Розанова-Петрушинского. При этой модификации питание трансплантата значительно улучшается, но мышечный жом по Захарову сделать невозможно. Кроме того, кисты ниже анастомоза вставки с дуоденум недостаточно надежны и могут привести к ряду осложнений.

Остальные 26 резекций желудка нами сделаны по разработанной нами методике. Заключается она в следующем. Скелетируем желудок обычным способом в зависимости от размеров резекции. Верхнюю часть просвета желудка ушиваем УКЛ-60 и серо-серозными швами, затем приступаем к мобилизации будущего орального конца трансплантата. Эта мобилизация должна начинаться на расстоянии не менее 15—20 см от трийцевой связки в связи с особенностями кровообращения начальной части тощей кишки (С. С. Юдин). Мы мобилизуем оральный конец трансплантата по Едигору и Кус. Кишкоставка делается максимально подвижной на достаточно длинной брыжейке с хорошим питанием. Для этого перевязываем, начиная на 15—20 см от трийцевой связки, концевые сосуды у самой кишки на протяжении 12—15 см. Этот отрезок кишки (12—15 см), лишенный питания, удаляем. Таким образом, оральный конец трансплантата становится достаточно подвижным и легко подтягивается через окно в мезоколон к желудку. Накладываем гастроэнтероанастомоз по типу «конец в бок» либо «конец в конец» (мы предпочитаем накладывать «конец в конец»).

На расстоянии 18—25 см от гастроэнтероанастомоза кишка (вставка) пересекается. Аборальный (каудальный) конец трансплантата анастомозируем с культей двенадцатиперстной кишки по Е. И. Захарову (с неизменным образованием искусственного мышечного жома). Дистальный конец тощей кишки ушиваем двухэтажными швами и подшиваем этот слепой конец снизу к еюнодуоденальному анастомозу. См. схему операции.

У аборального конца трансплантата мобилизации кишки не проводится, чем сохраняется хорошее питание кишки-вставки. В окне мезоколон оказывается кишка и брыжейка трансплантата. Это значительно улучшает питание кишки-вставки и исключает возможность сдавления брыжейки. Кишка и брыжейка вставки фиксируются несколькими швами в окне мезоколон. Ниже окна мезоколон восстанавливается проходимость кишечника наложением энтеро-энтероанастомоза по типу «конец в бок» (по Ру).

Нам удалось собрать отдаленные результаты у 39 больных, перенесших еюногастропластику. Срок наблюдений — от одного года до двух лет и 2 мес. Только у двух мы смогли отметить легкие явления демпинг-синдрома сразу после операции. Через 1,5—

2 месяца все эти явления исчезли. Ни в одном случае при повторных обследованиях мы не нашли ни пептических язв, ни агастральной астении, ни демпинг-синдрома. Через год и более из 39 больных у двух вес уменьшился (после операции по поводу полипа), у 5 вес остался прежним, у 32 — прибавился от 2—5 до 8—12 кг.

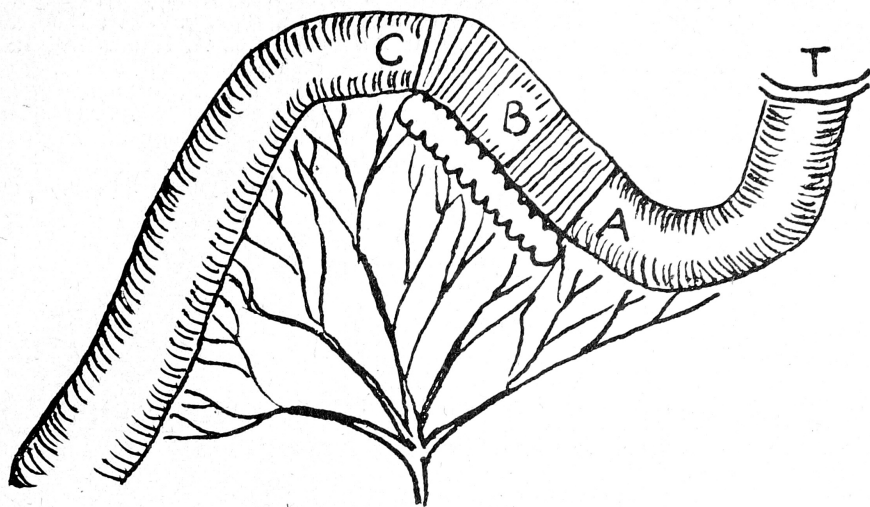


Рис. 1. Участок кишки «В» после перевязки сосудов удаляется. Оральный конец трансплантата «С» становится подвижным и легко подтягивается к культе желудка. «Т» — Трейцева связка.

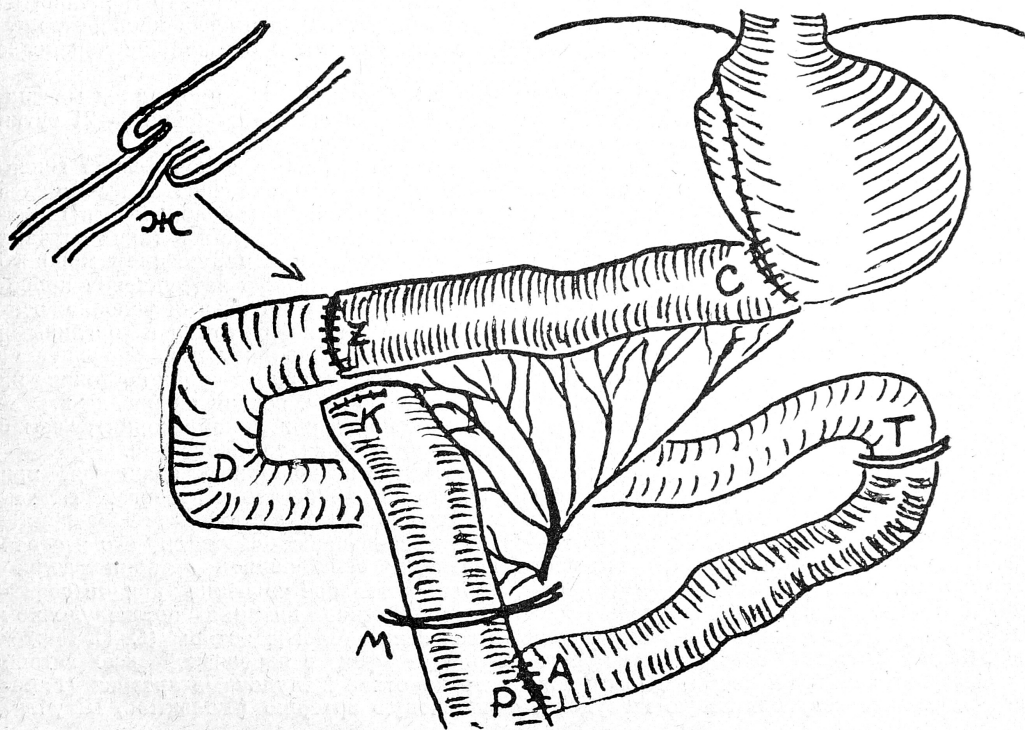


Рис. 2. «С» — оральный конец трансплантата. «Z» — аборальный конец трансплантата. Между «Z» и дуоденум искусственный жом по А. Е. Захарову. «К» — слепой конец кишки. «М» — окно в мезоколон. «Т» — Трейцева связка. «Р» — анастомоз по Ру. «Ж» — жом по А. Е. Захарову.

1. Захаров Е. И. и Захаров А. Е. Тонкокишечная пластика при гастроэктоми и резекции желудка. Медгиз, М., 1962. — 2. Захаров Е. И. Хирургия. 1957, 3; 1960, 4; 1964, 4. — 3. Захаров Е. И. и Лавров О. О. Хирургия. 1961, 8. — 4. Захаров Е. И. и Захаров А. Е. Тр. Крымского мед. ин-та, 1957, т. XVII; 1958, т. XX. — 5. Захаров Е. И. Нов. хир. арх. 1956, 4. — 6. Зарубин С. А. Клин. мед. 1958, 2. — 7. Комаровский Ю. Т. Вест. хир. 1962, 3. — 8. Комаровский Ю. Т. Клин. хир. 1963, 8. — 9. Филиппович С. И., Амиров Н. Ш. и др. Компенсаторные процессы в пищеварительной системе после резекции желудка и тонкого кишечника. Медгиз, М., 1963. — 10. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. Медгиз, 1955; Хирургия язвенной болезни желудка. Медгиз, М., 1962.

Поступила 23 декабря 1964 г.

УДК 616.36—004

## ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ ЛИ СПЛЕНЭКТОМИЯ ИЛИ ПЕРЕВЯЗКА СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ?

*Д. В. Усов*

Кафедра общей хирургии (зав. — доц. Ю. М. Дедерер) Алтайского медицинского института и госпиталь инвалидов войны (начальник — И. В. Любкин)

Нередко ведущими симптомами в клинике цирроза печени бывают признаки портальной гипертензии. Одним из грозных симптомов является кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка. Для его профилактики до недавнего времени довольно широко прибегали к спленэктомии, полагая, что удаление селезенки способствует значительной разгрузке портальной системы. Однако опыт показал, что это мероприятие далеко не всегда уменьшает симптомы портальной гипертензии, а иногда наоборот, провоцирует появление массивных кровотечений, в том числе и в ближайшие дни после операции.

Произведя за последнее время спленэктомию у 9 больных, мы наблюдали массивное кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка в ближайшие 4—21 сутки после операции у 2 и вскоре после выписки из клиники — у одного.

Каждый хирург, которому приходилось оперировать больных с портальной гипертензией, не раз убеждался, что у них подчас резко выражен периспленит. В имеющихся спайках налицо развитые венозные анастомозы с забрюшинным (околопочечным) пространством, боковой брюшной стенкой и диафрагмой. Спленэктомия в таких случаях неизбежно связана с рассечением спаек, а, следовательно, и с нарушением мощного сосудистого коллектора, в определенной степени компенсирующего затруднение кровотока через печень. Эта ставит организм в невыгодные, затруднительные условия, особенно вскоре после удаления селезенки. После сочетания спленэктомии с органными анастомозами (оментогепато- или ренопексия) улучшение кровообращения наступает не сразу, а только через 3—4 месяца. У ряда больных после указанного срока состояние их значительно улучшилось, но у некоторых фиксация сальника к печени не повела к развитию сосудистой сети (это констатировано при контрольной лапароскопии), чем в определенной степени можно объяснить отсутствие улучшения самочувствия.

В 1882 г. Лука и Лангенбух предложили, несмотря на обширные сращения, при выраженных технических трудностях для спленэктомии прибегать к перевязке селезеночной артерии. Первые попытки применения метода в клинике оказались неблагоприятными. Лишь в 1904 г. Ланц, а в 1918 г. — Блейн успешно использовали его в своей практике. Однако летальные исходы после перевязки селезеночной артерии неоднократно описывались и в последующие годы. Более детальное изучение причин позволило выявить, что основной причиной является нарушение питания поджелудочной железы, а также нарушение кровообращения в селезенке. Многие авторы (С. С. Гирголав, Карьер, Ванвер) склонны были связывать этот факт с перевязкой всех ветвей селезеночной артерии и рекомендовали сохранять короткие желудочные артерии (Габерер, С. С. Аведисов) или левую желудочно-сальниковую артерию (Фолькман, Штубенраух).

Из работ последних лет в этом отношении заслуживают внимания сообщения А. С. Чечулина, А. М. Сазонова, С. И. Маслова (1958) и И. Э. Гаджиевой (1959). А. С. Чечулин с соавторами наблюдали больного с некрозом поджелудочной железы, появившимся после спленэктомии. Исход был летальным. Основной причиной некроза авторы считали ишемию органа. В связи с этим ими предпринято изучение системы кро-