

Снижение уровня уропепсина под влиянием комплексного лечения наблюдалось в основном при дуоденальной локализации язвы, кислотность желудочного содержимого при этом продолжала держаться на высоких цифрах.

Полученные нами данные, как нам кажется, могут быть использованы не только для оценки секреторной функции желудка у больных язвенной болезнью, но и при решении некоторых вопросов, связанных с диагностикой пептической язвы после резекции желудка. В свете наших наблюдений можно предположить, что резекция желудка при язвенной болезни повлечет за собой снижение не только продукции соляной кислоты, но и уропепсина, и тем больше, чем большая часть секреторной зоны будет удалена. Повышение уровня уропепсина при рецидиве язвенной болезни после резекции желудка в наблюдениях некоторых авторов (Г. Д. Симбирцева), очевидно, связано с сохранением значительной части секреторной зоны желудка.

Мы неоднократно убеждались в том, что рецидив язвенной болезни после резекции возникает лишь в том случае, если сохранена секреторная функция желудка, иными словами, если произведена недостаточная по объему резекция, или секреторная зона столь обширна, что выходит за рамки обычно удаляемых $\frac{2}{3}$ желудка.

Таким образом, если после резекции желудка уропепсина в моче нет, то можно считать, что изменения, трактуемые рентгенологом как язвенный дефект, в действительности представляют собой артефакт. С этих же позиций можно подойти и к оценке существующих в литературе взглядов о значении отсутствия или резкого снижения количества уропепсина при ахилии. Следует согласиться с тем, что определение уропепсина у больных с ахилией, несомненно, имеет диагностическую ценность.

ВЫВОДЫ

1. Определение содержания уропепсина при язвенной болезни преимущественно при дуоденальной локализации язвы оправдывает себя как метод функциональной диагностики, особенно в тех случаях, когда применение желудочного зонда исключается.

2. Уровень уропепсина при язвенной болезни повышен наряду с повышенной кислотностью желудочного содержимого, в большей степени при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

3. Повторное исследование уропепсина может быть использовано как показатель секреторных сдвигов в процессе противоязвенной терапии.

4. Сочетание определения желудочной секреции и уропепсина дает более ясное представление о функциональной деятельности желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Л. И., Куленко Э. М., Кузнецова П. Л. Казанский мед. ж., 1960, 6.—2. Грегор Ота. Клин. мед., 1959, 2.—3. Идельсон Л. И. Тер. арх., 1958, 2.—4. Ищенко И. К., Иванов О. С. Казанский мед. ж., 1960, 6.—5. Смородинова Г. Д. Клин. мед., 1959, 2.—6. Пятницкий П. П. Клин. мед., 1955, 4.—7. Bucherova G. K., Ivy A. C. Am. J. Physiol., 1947, v. 150. 8. Gottleb E. Scand. Arch. f. Physiol., 1925, Bd. 45.—9. Podore C., Broh-Kahn R., Mirsky I. A. J. Clin. Invest., 1948, v. 27.—10. Spiro H., Reifenstein R. W., Gray S. J. J. Lab. a. Clin. Med., 1950, v. 35.—11. Spiro H. M. J. Amer. med. Ass., 1956, v. 161, № 1.—12. Vennes I., Rames E., Simon W. Gastroenterology, 1958, 35, 4.

Поступила 13 сентября 1962 г.

ИСХОДЫ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. П. Самофалов

Клиника общей хирургии (зав.—проф. А. А. Поляnceв)

Волгоградского медицинского института

С 1951 по 1961 гг. в нашей клинике лечилось 1027 чел., страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Оперировано 775 больных (75%). Произведена 671 резекция желудка (при хронической болезни—503, остром язвен-

ном кровотечении — 29, прободной язве — 51, болезнях оперированного желудка — 88).

В настоящей работе рассматриваются результаты резекций желудка при хронической гастродуоденальной язвенной болезни (503 чел.). В возрасте 17—20 лет было 10 чел., 21—40 лет — 208, 41—60 лет — 267 и старше — 18. Мужчин было 449 и женщин 54.

Показаниями к резекции желудка при язвенной болезни считались осложненные хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, не поддающиеся консервативному лечению, рубцовый стеноз привратника или начальной отдела двенадцатиперстной кишки, злокачественное перерождение язвы, пенетрирующие и каллезные язвы, острое язвенное кровотечение, а также многократные геморрагии из язвы.

Подавляющее большинство наших больных длительно лечилось до операции (свыше 3 лет — 86%, более 10 лет — 37,6%).

Язвенный процесс локализовался в желудке у 191 больного, в двенадцатиперстной кишке — у 311 и одновременное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось у одного больного.

Каллезные язвы были у 253 больных, пенетрирующие — у 137. Наиболее часто язвы пенетрировали в поджелудочную железу (у 100 больных). У 229 пациентов на операции найдены органические рубцовые стенозы привратника или начала двенадцатиперстной кишки. Более чем у половины больных были изменения типа перигастрита, перидуоденита или перивисцерита.

А. С. Федорев (1948) установил, что средняя частота превращения язвенного процесса в злокачественный среди больных каллезной язвой желудка равняется 11,6%. Среди наших же 192 больных с желудочной локализацией язвы только у 10 выявилось злокачественное перерождение язвы в рак (5,2%).

Резекция желудка производилась, как правило, по Бильрот-II в модификации Гофмейстер — Финстерера. Методом выбора обезболивания являлась местная инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому 0,3% раствором новокаина. При язвах кардии или субкардиального отдела желудка применялся комбинированный левосторонний торако-абдоминальный доступ, из которого легко выполнялась гастроэктомия или тотально-субтотальная резекция желудка. Резецировалось обычно $\frac{2}{3}$ желудка (у 81,8%). У 57 (11,4%) удалено $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ желудка, у 32 (6,4%) — более $\frac{2}{3}$, и у 2 (0,4%) произведена тотальная гастроэктомия.

В таблице приведена динамика летальности после резекций при хронической язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки:

| | Число больных | Умерло | Летальность |
|-----------|------------------|--------|---------------------------------|
| 1951—1954 | 108 | 3 | 2,8% |
| 1955—1957 | 136 | 1 | 0,7 ⁰ / ₀ |
| 1958—1959 | 124 | 1 | 0,8% |
| 1960—1961 | 135 | — | — |
| Итого | 503 | 5 | 1,0% |

Как видно, за пятилетний срок (1955—1959 гг.) в клинике летальность после резекции желудка составила 0,8%, а за последние 2 года на 135 оперированных больных не было ни одного летального исхода.

Однако после оперативных вмешательств наблюдались разнообразные осложнения, предупреждение и лечение которых является повседневной заботой хирурга.

Самыми частыми осложнениями среди наших пациентов были эвакуаторные расстройства — динамические и органические (у 28 из 503 оперированных, т. е. в 5,6%). При функциональных нарушениях эвакуации применялись откачивание желудочного содержимого либо промывания желудка. У 4 больных в послеоперационном периоде наблюдались следующие причины органических нарушений эвакуации:

— спаечный процесс тонкого кишечника вблизи анастомоза (2 чел.);

— ущемление отводящей петли в мезоколон в результате прорезывания редких швов, фиксирующих ее к культе желудка (1 чел.);

— инвагинация начальной части отводящей кишки в анастомоз (1 чел.).

Все 4 больных были подвергнуты релапаротомии, с помощью которой описанные нарушения были устранены и достигнуты благоприятные непосредственные результаты.

Менее частым, но наиболее грозным осложнением остается несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки (4%). У 3 чел. она явилась причиной летального исхода. В первые годы указанного периода это осложнение влекло за собой обязательную релапаротомию, в последнее время в клинике применяется дренирование брюшной полости путем подведения резино-марлевого дренажа к культе двенадцатиперстной кишки.

На основании нашего опыта мы считаем, что подведение резино-марлевого дренажа к культе кишки способствует ранней диагностике образовавшейся фистулы и снижению послеоперационной летальности. Так, несостоятельность швов культи без

дренажа была диагностирована в среднем на 9—10 сутки, а при ее профилактическом дренировании в среднем на 6 сутки, в течение которых это осложнение не угрожало жизни больного, протекало легче, почему необходимость в повторном оперативном вмешательстве отпадала.

При низких панетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки не всегда удается резецировать язвенный субстрат. Из 6 попыток выделить язву «во что бы то ни стало» однажды развились некроз поджелудочной железы и вторичная недостаточность культи. Поэтому в трудных случаях мы прибегаем к закрытию культи методом «улитки». По указанной методике оперировано 23 больных, и только у одного из них наблюдался микровиш, быстро закрывшийся самостоятельно.

При «неудалимых» язвах двенадцатиперстной кишки в клинике весьма редко производилась гастроэнтеростомия, значительно чаще выполнялась резекция для исключения с демукозацией привратника. На 31 такую операцию была единственная незначительная фистула.

Третье место среди осложнений занимают воспалительные процессы органов дыхания (3,6%). Летальных исходов не было.

Внутреннее кровотечение в послеоперационном периоде наблюдалось у 11 больных (2,2%). Источниками двух внутрибрюшных геморрагий были сосуды головки поджелудочной железы у одного больного и культи малого сальника у другого. У обоих больных производились лапаротомия и остановка кровотечения с последующим выздоровлением, у 9 больных наблюдались желудочно-кишечные кровотечения. У больного Д., 19 лет, после типичной резекции при язве двенадцатиперстной кишки развилась тяжелая геморрагия из анастомоза. Консервативное лечение, включая гемотрансфузию, оказалось неэффективным. Предпринятая релапаротомия при переливании крови не спасла положения, и больной умер.

У 3 больных после операции развился шок. Своевременно начатое противошоковое лечение оказалось эффективным. В последнее время в клинике стало правилом делать сразу после резекции еще на операционном столе переливание крови, которое является не только ценным гемостатическим мероприятием, но и хорошим противошоковым средством.

У одной пациентки возникла эмболия легочной артерии. Операция и послеоперационный период у этой 50-летней больной прошли без осложнений. В день выписки (на 15 сутки после резекции) наступила мгновенная смерть. На вскрытии обнаружены эмболия основного ствола легочной артерии смешанным тромбом, а также пристеночный смешанный тромб нижней полой вены в области слияния подвздошных вен.

В заключение хочется подчеркнуть, что тщательная обработка культи двенадцатиперстной кишки, профилактическое подведение дренажа в случаях сомнительного герметизма или прочности ее является важным условием снижения послеоперационной летальности при резекции желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брайцев В. Р. Хирургия, 1952, 10; Прот. Москов. хир. об-ва. — 2. Ильяшенко А. В. Клин. хир., 1962, 8. — 3. Кривошеев С. В., Рубашов С. М. Резекция желудка при язвенной болезни. Кишинев, 1956. — 4. Нана А., Мирчою К., Панэ К. Вест. хир., 1960, 12. — 5. Новиков Г. М. Хирургия, 1949, 5. — 6. Пипко А. С. Рентгенодиагностика ранних осложнений после резекции желудка. М., Медгиз, 1958. — 7. Сабуров Е. Я. Хирургия, 1959, 7. — 8. Федорев А. С. Рак желудка из язвы, М., Медгиз, 1948.

Поступила 24 сентября 1962 г.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ЖИВОТА

А. А. Агафонов и А. С. Книрик

1-е хирургическое отделение (зав.— А. С. Книрик) Казанской железнодорожной больницы (нач.— В. Г. Колчин)

Диагностика спаечной болезни живота зачастую представляет большие трудности. Клинические проявления, напоминающие спаечную болезнь живота, далеко не всегда имеют в своей основе спайки и сращения в брюшной полости. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта в ряде случаев не дает исчерпывающего ответа по данному вопросу. Исследование моторики желудочно-кишечного тракта с помощью карболена и пилокарпина также может давать неубедитель-