

Из хирургического отделения Запорожской 6-й советской больницы (завед. отдел. доц. А. В. Габай).

Желудочно-кишечное соустье как болезнь.

Доц. А. В. Габай.

Если желудочно-кишечное соустье, наложенное с терапевтической целью при язвенном заболевании желудка, ведет к заживлению язвы и в дальнейшем становится ненужным и нарушающим нормальные физиологические отношения, или же, если это соустье наложено по неправильным показаниям (например, при язвенном симптомокомплексе без язвы или при гастроптозе), то возникают болезненные явления, имеющие в своей основе самый анастомоз; эти случаи Прибрам (1929) выделил в отдельную нозологическую единицу — „желудочно-кишечное соустье как болезнь“. Сущность заболевания сводится в основном к застою в приводящей петле анастомоза; поэтому оно обычно возникает при заднем анастомозе, когда возможен этот застой, и никогда не возникает при переднем анастомозе с Брауновским энтероэнтероанастомозом, когда застой в приводящей петле исключается. Этот застой в приводящей петле щелочного содержимого ведет к рефлекторному возбуждающему воздействию на фундальные железы желудка и тормозит эвакуацию желудка; в результате, часа через 3—4 после приема пищи, возникает поздняя гастросуккорей. Таким образом, в происхождении болезни имеют значение как механические моменты, так и рефлекторные расстройства со стороны привратника и 12-перстной кишки.

„Желудочно-кишечное соустье как болезнь“ возникает у небольшого числа больных, подвергшихся операции соустья по поводу язвы, впоследствии зажившей, что объясняется индивидуальной функциональной приспособляемостью, а также состоянием нервной системы (Гилярович отмечает заболевание у истериков). Заболевание возникает иногда вскоре (случаи операций по неправильным показаниям), иногда через более длительные сроки после наложения заднего желудочно-кишечного соустья и проявляется клинически болями в поджелудочной области без строгой локализации (в противовес болям при язвенном заболевании), довольно постоянными ощущениями тяжести под ложечкой и переполнения желудка (гастросуккорей), рвотой кислым содержимым, болями через некоторое время после еды, когда желудок обычно пуст (рефлекторная гастросуккорей), и, наконец, исхуданием больных. Желудочный сок имеет у этих больных обычно более низкую кислотность, чем до операции, поскольку, благодаря наличию соустья, происходит ощелачивание кислого желудочного содержимого. После операции разъединения анастомоза цифры кислотности желудочного сока повышаются.

Рентгенологическое исследование в подобных случаях обнаруживает эвакуацию желудочного содержимого как через ана-

стомоз, так и через привратник, и обязательно, в той или иной мере, выраженный застой контрастной массы в приводящей петле с обратным поступлением ее в желудок, как через анастомоз, так и через привратник; остаток контрастной массы можно обнаружить в желудке и спустя 4 часа, несмотря на первичную быструю эвакуацию. Нередко при наличии зажившей язвы имеются явления перигастрита или перидуоденита.

Диагноз болезни ставится до операции лишь предположительно на основании описанных выше симптомов; окончательное подтверждение он получает во время операции, когда обнаруживается, что язвы нет, а привратники и анастомоз функционируют.

В отличие от пептической язвы анастомоза при этом заболевании отсутствуют характерные признаки пептической язвы—высокая кислотность желудочного содержимого, болезненность при давлении и скрытые кровотечения.

„Желудочно-кишечное соустье как болезнь“ носит обычно затяжной характер и не поддается диететическому, лекарственному и физиотерапевтическому лечению. Прибрам предложил лечение этой болезни оперативным разъединением анастомоза, т. е. созданием нормальных анатомо-физиологических соотношений между желудком и тощей кишкой.

Из методов дегастроэнтеростомии отметим следующие:

1. Метод Эндрюс—Успенского. Через расширенную щель в мезоколон отсекают анастомоз от желудочной стенки, отступя на 1 см от края его; рана на желудке зашивается, оставшаяся на кишке желудочная манжетка анастомоза тоже зашивается; закрывается щель в мезоколон. Недостаток метода—возможность механического закрытия просвета кишки оставшейся на ней манжеткой желудка, которая при зашивании кишечной раны втягивается в просвет кишки (подобные случаи описаны Хиари, Орнатским).

Самарин в одном своем случае, с целью избежать застоя в приводящем конце, добавил к описанному способу дегастроэнтеростомии соустье между нижней горизонтальной частью 12-перстной кишки и отводящей петлей тощей.

2. Метод Бальфур-Тальгеймер. Через расширенную щель в мезоколон иссекается анастомоз, затем отдельно зашивается желудочная рана и отдельно кишечная; последняя во избежание сужения зашивается в поперечном направлении. Гилярович для облегчения подхода к анастомозу мобилизует петлю тощей кишки Трейтца и брюшинного листка на конечном отделе 12-перстной надсечением связи кишки, а самый анастомоз вытаскивает не через щель в мезоколон, а через щель в желудочно-ободочной связке.

3. Метод Поше. Вырезывается анастомоз от стенки желудка и рана желудка зашивается; петля кишки, содержащая анастомоз, резецируется несколько отступя от его краев; непрерывность кишки достигается соединением концов либо конец в конец, либо бок в бок.

Что касается результатов дегастроэнтеростомии при „желу-

дочно-кишечном соуствии как болезни“, то, наряду с тем, что ряд автор в приводит удовлетворительные результаты со сроком от 1 месяца до 3 лет, имеются сообщения о рецидивах страдания и неудовлетворительных результатах.

В нашем материале имеются следующие случаи „желудочно-кишечного соуствия как болезни“:

1. Б-ой М., 19 лет, токарь, поступил 4. II. 1934 по поводу болей в подложечной области, появляющихся часа через 3—4 после еды и длящихся 1—2 часа, сопровождающихся отрыжкой. Болен 1 год 3 месяца. 21. I. 193 оперирован по поводу прободной язвы желудка. В течение 3 месяцев после операции был на диетпитании: 9 месяцев чувствовал себя удовлетворительно, а в последние полгода появились упомянутые расстройства. Питание понижено. По белой линии от меча к пупку тянется широкий рубец; отмечается здесь расхождение прямых мышц. Болевых точек нет. Желудочный сок: общая кислотность—15, свободная соляная кислота—0, дефицит 5. Рентген: тотчас после приема бариевой каши начинается эвакуация небольшими порциями через анастомоз; в месте анастомоза стойкий дефект наполнения и болезненность: нижняя граница желудка на 2 см выше линии, соединяющей ости; через 40 минут в желудке трть принятой каши, через 1,5 часа черверть принятой каши; луковица 12-перстной кишки правильная, четкая; отмечается эвакуация черз 3 привратник, но в меньшей степени. 8. II. 1934 года под общим эфирным наркозом операция: отделен спаянный с рубцом передней брюшной стенки сальник; в пилоро-дуоденальном отделе спайки с печенью; привратник свободно проходим; имеется задний желудочно-кишечный анастомоз с короткой петлей, приводящая петля которого нес олько растянута; левый край анастомоза слегка уплотнен. Произведена дегастроэнтеростомия по Бальфур-Тальгеймеру с той особенностью, что на рану тонкой кишки, отсеченной от анастомоза, до поперечного зашивания ее наложен обвивной кетгутный шов с целью гемостаза. Послеоперационное течение гладкое. В иссеченном анастомозе язвы не обнаружено. Осмотрен через 3,5 года—совершенно здоров, ест все; желудочный сок: общая кислотность—88, свободной соляной кислоты—44, связанной—41.

2. Б-ой Н., 35 лет, 22. X. 1933 по поводу прободной язвы малой кривизны подвергся операции ушивания прободения и наложения заднего позадибодочного соуствия. В течение 6 месяцев чувствовал себя превосходно, но затем начались ощущения тяжести и вздутия в подложечной области, появляющиеся часа через 2 после еды изжоги; успокаивается после искусственно вызванной рвоты. Больной несколько истощен, болезненности живота при пальпации не отмечается; живот не вздут, не напряжен. Желудочный сок: общая кислотность (2, свободной соляной кислоты—44, связанной—14. Рентгеновское обследование: усиленный рельеф слизистой желудка, через 5—8 минут начинается медленная эвакуация, как через анастомоз, так и через привратник; спазматическое втяжение по большой кривизне в пилорическом отделе; луковица 12-перстной кишки больших размеров с нормальными контурами; видна ретроперистальтика в 12-перстной кишке, выбрасывание контрастной смеси обратно в 12-перстную кишку (луковицу); через 2 часа в желудке половина контрастной смеси, остальная в полости тонких кишок. 8. I. 1935 т. е. через 13,5 месяца после первой операции под местной анестезией лапаротомия: обнаружен рубец в области привратника—след зажившей язвы; привратник свободно проходим; в области анастомоза, пропускающего 3 пальца, небольшие спайки; поскольку язва зажила и привратник свободно проходим, все явления отнесены за счет анастомоза как болезни. Произведена дегастроэнтеростомия по Бальфур-Тальгеймеру. Послеоперационное течение гладкое. Осмотрен через 2 года 8 месяцев: болей нет, равно как и диспептических явлений; диеты не соблюдает, предпочитает жлотную пищу, быстро насыщается; после обильной еды отмечает в течение получаса чувство полноты. Рентгеновское исследование: утолщение складок и деформация слизистой в антральном отделе желудка, подтянутость и небольшая деформация луковицы 12-перстной кишки.

3. Б-ой Ш., 30 лет, машинист. Болеет желудком с 1929 года; 31. VII. 1932 оперирован по поводу язвы 12-перстной кишки, наложен задний позадибодочный гастроэнтеростомоз с короткой петлей. В течение 2 лет никаких

расстройств. Затем в течение последних 6 месяцев боли в левом подреберье после еды и отрыжки. Довольно истощен. Нелокализованная болезненность при пальпации в подложечной области. Рентгеновское исследование: рельеф слизистой желудка усилен, складки утолщены; после приема контрастной смеси эвакуация тотчас через анастомоз и менее интенсивная через привратник. Болевые точки в пилородуоденальном отделе. Длительное заполнение лук вицы 12-перстной кишки, контуры ее четкие; через час в желудке треть контрастной взвеси.

22.III.1934 под местной анестезией релапаротомия: анастомоз немного сужен, в спайках с салником; в области желудка и 1-перстной кишки язвы не обнаружено. Таким образом существующий анастомоз признан излишним и за счет него отнесены жалобы больного. Произведена дегастроэнтеростомия по Бальфур-Тальгеймеру; течение гладкое. В первое время после операции облегчения не отмечал, но затем наступило значительное облегчение страданий, державшееся около 3 лет; в последние полгода снова резкие боли в подложечной области через 1—2 часа после еды, частые тошноты, рвоты, исхудание. Желудочный сок: общая кислотность—80, свободной соляной кислоты 65, связанной—12. Реакция кала на кровь слабо положительная. Рентгеновское исследование: болезненность в пилорическом отделе, через час в желудке вся контрастная масса, через 2 часа то же, через 5,5 часа треть контрастной массы. В луковице 12-перстной кишки трехслойная тень бария, жидкости и газы; луковица деформирована, подтянута кверху и к малой кривизне. Диагноз: перидуоденит, перигастрит и стеноз привратника. От предложенной операции отказался.

4. Б-ой Г., 37 лет. В 1931 г. по поводу язвы желудка подвергся операции наложения желудочно-кишечного соустья. Недолго чувствовал себя сносно, затем возобновились боли, вздутие под ложечкой, рвоты через несколько часов после приема пищи, изжоги, отрыжки; стал совершенно нетрудоспособен. Истощенный субъект с болями под ложечкой без строгой локализации. Желудочный сок: общая кислотность—64, свободной соляной кислоты—24, связанной 7. Реакция кала на кровь отрицательная. Рентгеновское исследование: рельеф слизистой резко выражен, складки укрупнены, тотчас после приема контрастной смеси эвакуация через соустье и через привратник; пальпаторная болезненность в пилородуоденальном отделе и в подложечной области вне тени желудка; через час в желудке следы контрастной смеси. 25.I.1935 релапаротомия под местной анестезией: обнаружены рубцы в области 12-перстной кишки, следы зажившей язвы; привратник свободно проходит, задний поздиободочный желудочно-кишечный анастомоз без особенностей. Существование анастомоза признано излишним и произведена дегастроэнтеростомия по Бальфур-Тальгеймеру. Послеоперационное течение гладкое. Месяцев 8 чувствовал себя удовлетворительно, а затем начались боли под ложечкой часа через пол-1 г. после приема пищи, изжоги; вынужденное полусогнутое положение при болях, иррадиация болей в спину и плечи. Желудочный сок: общая кислотность—82, свободной соляной кислоты 60, связанной—14. Рентгеновское исследование: усиленная перистальтика, стойкое спазматическое стяжение по большой кривизне в пилорическом отделе, резкая пальпаторная болезненность в пилорическом отделе по малой кривизне. Луковица 12-перстной кишки деформирована, ограничена подвижность пилорического отдела. Диагноз—перигастрит, пилорическая язва. II.V.1936 под эфирным наркозом релапаротомия; явления перигастрита, спайки пилородуоденального отдела с печенью и мезоколоном, у привратника втянутый звездчатый рубец. Место бывшего анастомоза в области тонкой кишки не деформировано, но припаяно к бывшей шели в мезоколоне. Резекция желудка по Райхель-Полиа. Послеоперационное течение гладкое. Осмотрен через год: самочувствие хорошее, болей и диспептических явлений не отмечает.

Таким образом мы видим, что в двух случаях у нас после дегастроэнтеростомии наблюдался удовлетворительный результат в течение срока—3,5 года и 2 года 8 месяцев; в третьем случае улучшение продолжалось почти 3 года, а затем наступил рецидив язвенных явлений; в четвертом случае эффект был недолителен, а затем развился рецидив язвы, потребовавший

через 1 год и 3 месяца после дегастроэнтеростомии новой операции—резекции желудка.

Удаление патологически измененных органов (червеобразного отростка, желудочного пузыря и т. д.) вместе с дегастроэнтеростомией дает при „желудочно-кишечном соустье как болезнь“ еще больший эффект, чем одна только дегастроэнтеростомия.

Наши наблюдения, согласно с литературными данными, говорят о том, что после дегастроэнтеростомии не всегда наступает длительное улучшение и что может развиваться рецидив язвы, от которого быть может предохраняло существование „желудочно-кишечного соустья как болезни“.

Единственным методом лечения у подобных предрасположенных к язве больных является резекция желудка, что и было выполнено нами в нашем 4-м случае. Отсюда становится понятным необходимость длительного проведения социально-профилактических мероприятий (в первую очередь диетотерапии) у больных, подвергшихся дегастроэнтеростомии.

Выводы: 1. „Желудочно-кишечное соустье как болезнь“—определенный клинический синдром, требующий оперативного лечения дегастроэнтеростомией.

2. Результат оперативного лечения этого заболевания дегастроэнтеростомией не всегда дает полный и длительный эффект; возникающие иногда рецидивы язв требуют оперативного лечения резекцией желудка.

3. Желудочно-кишечное соустье должно применяться только по строго взвешенным показаниям, особенно у истероневрастеников.

Литература. 1. Блюменталь, Новый хир. архив, № 101—102, 1932.—2. Гирголав, Журн. соврем. хир., т. III, в. 4 (16), 1928.—3. Кох, Нов. хир. архив, № 74, 1929.—4. Минц, Советская хир., т. IV, вып. 1, 1933.—5. Оглоблин, Вест. хир. и погран. областей, № 32, 1927.—6. Орнатский, Вест. хир. и погран. областей, № 114—116, 1935.—7. Промтова, Советская хир., т. VI, вып. 5, 1934.—8. Тонпровер, там же.—9. Федоровский, Врач. дело, № 9, 1933.—10. Хайнис, Советская хир., № 9, 1936.—11. Hilarovics, Zbl. f. Chir., № 25, 1929.—12. P. Réaume, Technique chirurgicale Estomac et duodenum, Masson Paris 1932.—13. Thaleimer, Journal de Chirurgie, т. XXX, № 4, 1921.

Поступила в ред. 10.II.1938.

Из пропедевтической терапевтической клиники (дир. проф. А. Г. Тергулов)
Казанского государственного медицинского института.

О рентгенодиагностике хронических аппендицитов.

К. А. Маянская.

Рентгенодиагностика хронических аппендицитов, несмотря на ряд обстоятельных работ, посвященных этому вопросу (Григорьев, Лемберг, Гредель, Готгеймер, Чепе, Опенгеймер, Донер, Кон и др.), не имеет достаточного распространения в клинике.

Между тем встречаются случаи, где у больного вместо хронического аппендикита нередко предполагаются самые разно-