

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕНЕТРИРУЮЩИМИ ЯЗВАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Г. А. Измайлов

*Хирургическое отделение Республиканской больницы (главврач — Н. Я. Назаркин)
Мордовской АССР*

Многие хирурги положительно относятся к резекции желудка для исключения язвы по Финстереру, широко применяют ее в необходимых случаях и отмечают хорошие ближайшие и отдаленные результаты (В. Д. Анчелевич, Н. И. Гуревич, М. С. Знаменский, И. О. Елецкая, А. Т. Лидский, И. М. Поповьян). Другие считают ее «вынужденной», «паллиативной резекцией» при сложных анатомических отношениях и хотя иногда применяют ее, все же дают ей отрицательную оценку (Е. М. Дымникова, Г. П. Кевтунович, А. П. Крымов, В. С. Левит, Б. С. Розанов, К. П. Сапожков). Отдельные хирурги считают резекцию для исключения необоснованной и даже опасной операцией (возможны кровотечения, перфорации, развитие рака, образование «бомбы Монпрофи» и др.).

В республиканской больнице Мордовской АССР с 1945 по 1960 г. были произведены резекции желудка по поводу хронической язвы двенадцатиперстной кишки у 172 больных, причем у 83 из них (мужчин — 74, женщин — 9) сделана резекция для исключения.

Все больные перед операцией были обследованы рентгенологически.

У 53 больных язва пенетрировала в поджелудочную железу. Обычно язва располагалась на задней стенке двенадцатиперстной кишки, дном ее являлась ткань головки поджелудочной железы.

Чаще всего мы оперировали под эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием. Резекция для исключения у нас не являлась операцией выбора. Мы прибегали к ней, когда технические трудности резекции пораженного язвой участка двенадцатиперстной кишки ставили под угрозу жизнь больного. По неотложным показаниям резекция для исключения была произведена у 11 больных, из них у 2 по поводу прободной, у 9 по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. По абсолютным показаниям (по Е. Л. Березову) оперированы 60 больных, по условно абсолютным — 17 и относительным — 6.

Резекция для исключения производилась в различных вариантах, что зависело от места расположения язвы и патологических изменений в двенадцатиперстной кишке. У 47 больных желудок был пересечен выше привратника, из них у 7 произведена демуккозация последнего по Г. С. Топроверу; у 36 — ниже привратника, причем у 9 из них — на высоте язвы (резекция «через язву»), при этом часть ее была оставлена.

У многих больных для закрытия двенадцатиперстной кишки при низко расположенных язвах и невозможности или трудности обработки культи кисетным швом мы применяли следующий способ. Двенадцатиперстную кишку ладьевидно пересекали ниже или через язву и через все слои кетгутом накладывали непрерывный обвивной шов. Затем свободные концы кетгутовой нити завязывали узлом с тем, чтобы соприкасались линии шва. Начиная с верхушки образовавшейся культи накладывали отдельные серозно-мышечные швы для погружения кетгутовых швов с последующей перитонизацией обычно утолщенной в этих случаях капсулой поджелудочной железы и остатками сальника. Во время ушивания культи дуоденальное содержимое постоянно удаляли электроотсосом. Через контрапертуру в правом подреберье к культе вводили на 5—7 суток тонкую резиновую или полиэтиленовую трубку для введения антибиотиков и формирования канала для оттока дуоденального содержимого в случае расхождения швов культи.

Такой способ обработки культи дает возможность произвести в некоторых случаях радикальную резекцию желудка без дополнительной мобилизации дуоденум. Расхождения швов культи двенадцатиперстной кишки мы не наблюдали. Анастомоз тощей кишки с культей желудка мы накладывали по Гофмейстеру—Финстереру.

Большинство (68) больных провели в стационаре после операции от 12 до 22 дней и были выписаны в удовлетворительном состоянии. После операции умерли 4 больных. У 1 больного смерть наступила на 3-й день после операции от кровотечения из оставленной кровоточащей пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки. Другой больной умер на 7-й день от перитонита, причиной которого являлась плохо ушитая перфоративная язва передней стенки двенадцатиперстной кишки.

Отдаленные результаты изучены нами у 67 больных (у 59 стационарно и у 8 амбулаторно).

В подгруппу с оценкой «хорошо» отнесены больные, которые чувствуют себя совершенно здоровыми, не соблюдают диеты и не отмечают диспепсических расстройств, в подгруппу с оценкой «удовлетворительно» — больные, у которых при нарушении пищевого режима бывают боли и диспепсические расстройства. Некоторые лица не переносят сладких блюд, молока, ощущают выраженную потребность в кис-

лой пище и др. Но несмотря на наличие этих жалоб, больные сохраняют трудоспособность.

В группу «без улучшения» входят лица, которым резекция желудка совсем не принесла облегчения или дала временное и нестойкое улучшение. Больные вынуждены были оставить свою обычную работу и перешли на более легкую. Рентгенологически у них определяется гастрит, перигастрит, рецидив язвы.

Если после резекции расстройства здоровья становились более выраженными, чем до операции, мы расценивали результаты вмешательства как ухудшение. Больные в подавляющем большинстве нетрудоспособны, отмечают постоянные боли, диспепсические расстройства, резко выраженную слабость и истощение. Рентгенологически определяется гастрит, новая язва, стеноз анастомоза или другие изменения.

Ни у одного больного мы не наблюдали злокачественного перерождения оставленной во время резекции пенетрирующей язвы.

Отдаленные результаты операции

Оценка результатов обследования	Сроки наблюдения					Всего
	до 3 лет	от 3 до 5 лет	от 5 до 10 лет	от 10 до 15 лет	более 15 лет	
Хорошие	10	11	5	4	1	31
Удовлетворительные	15	9	7	1	—	32
Без улучшения	2	1	—	—	—	3
Ухудшение	1	—	—	—	—	1

Диету не соблюдают 62 чел. Нормальный стул имеют 64 чел. 6 чел. лечились после операции стационарно или амбулаторно. Хороший аппетит отмечен у 43 оперированных, удовлетворительный — у 21, плохой — у 3.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта произведено у 63 чел. У 52 чел. опорожнение культи желудка происходит за 40—60 мин. Быстрое опорожнение, в пределах 20 мин., наблюдалось у 8 обследованных, у 2 опорожнение было типа провала и у 1 замедленное. Кратковременное затекание контрастного вещества в приводящую петлю кишки без субъективных жалоб наблюдалось у 31 больного. Длительная задержка бария была у 5 больных, 3 из которых предъявляли жалобы на чувство распирания в правом подреберье и отрыжку после еды. У 5 больных были выявлены гастриты и перигастриты, причем у 2 отсутствовали жалобы, а у 3 отмечались тупые боли в подложечной области.

Наши наблюдения показывают, что форма культи резецированного желудка варьируется. Она бывает вытянутой или укороченной, округлой или овальной, что во многом зависит от способа и величины резекции, конституции больного, а также степени тонуса желудочной стенки и явлений перивисцерита.

Желудочное содержимое было исследовано у 34 чел. У 13 чел. была обнаружена примесь желчи. У 3 больных секреция желудка оставалась высокой, у 6 больных она соответствовала нормальным цифрам, у 8 была пониженной и у 6 общая кислотность была резко снижена, а свободной соляной кислоты не найдено. Таким образом, у 17 больных после резекции желудка для выключения в желудочном содержимом была свободная соляная кислота.

Из 9 наших больных с повышенными или нормальными цифрами кислотности у 4 привратниковая часть желудка была удалена, а у 3 произведена демуккозация этой части желудка. Кислотность желудочного сока после резекции прогрессивно уменьшается по мере отдаления сроков оперативного вмешательства от момента исследования, что совпадает с литературными данными.

Исследование периферической крови произведено у 65 чел. У подавляющего большинства больных после резекции для выключения отмечено значительное повышение количества гемоглобина и эритроцитов по сравнению с дооперационным уровнем. Анемия легкой степени обнаружена у 5 больных. У 13 больных сделана стерильная пункция, значительных отклонений от нормы со стороны костного мозга не установлено.

Изменение общего белка, остаточного азота и фибриногена у обследованных больных в отдаленные сроки после резекции для выключения оказалось незначительным.

Методом электрофореза на бумаге у 23 больных из 37 обследованных найдена гипоальбуминемия, некоторое увеличение β - и γ -глобулиновых фракций и значительное увеличение α_2 -глобулинов, что указывает на качественные нарушения функции протеинообразующих систем после резекции желудка.

Резекция желудка для выключения не дала улучшения 4 нашим больным, у 3 из них была рентгеноскопически обнаружена пептическая язва (у 2 — анастомоза и у 1 — тощей кишки). У 2 больных было гиперацидное состояние и у одного наблюдалось кровотечение из пептической язвы тощей кишки (в прошлом они были оперированы по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки) в течение первых пяти лет после резекции.

ВЫВОДЫ

1. Резекция для выключения является вынужденной операцией и может применяться только тогда, когда резекция желудка с удалением язвы ставит под угрозу жизнь больного.
2. Резекция желудка для выключения при кровоточащих и перфоративных язвах опасна, так как оставленные при этом язвы могут быть источником кровотечения или перитонита.
3. Если резекция желудка для выключения намечается с оставлением привратника, то необходимо провести его демуккозацію, которая освобождает хирурга от трудностей погружения более широкой части пилорического отдела желудка в более узкий нижележащий отдел и выключает один из факторов нейрогуморальной фазы секреции.
4. Отдаленные результаты после резекции для выключения в большинстве случаев удовлетворительные. Однако иногда не наступает стойкое снижение желудочной секреции и возникает рецидив язвенной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елецкая О. И. Вестн. хир., 1951, 4. — 2. Знаменский М. С. Хир., 1950, 5. — 3. Ковалдо И. И., Фединец А. В. Тр. IX съезда хирургов УССР. Киев, 1958—1960. — 4. Ковтунович Г. П. Сов. хир., 1936, 8. — 5. Поповьян И. М. Сов. мед., 1952, 6. — 6. Розанов Б. С. Профузные желудочные кровотечения язвенного характера и их хирургическое лечение. Медгиз, М., 1950. — 7. Сапожков К. П. Хирургия, 1952, 2. — 8. Фанарджян В. А. Руководство по рентгенодиагностике. Медгиз, М., 1951.

УДК 616.33—089.87—612.32—612.014.48

РАДИОТЕЛЕМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ ФУНКЦИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ГАСТРОКОЛОПЛАСТИКОЙ

Д. В. Помосов и И. А. Шевченко

Клиника общей хирургии (нач. — проф. В. И. Попов) и клиника военно-морской и госпитальной терапии (нач. — проф. З. М. Волынский) Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

В последние годы проблема гастропластики при резекции желудка и гастрэктомии становится все более актуальной. «Искусственный желудок» создается как из тонкой (Е. И. Захаров, 1960; Г. Д. Вилявин, 1961; Ю. Т. Комаровский, 1961; Henley, 1952 и др.), так и из толстой кишки (П. И. Андросов, 1955; Могопеев, 1953, и др.) с хорошими отдаленными результатами. Изучение функционального состояния «вновь созданного желудка», а также всего желудочно-кишечного тракта представляет значительный интерес.

В клинике общей хирургии с 1955 г. при гастрэктомии и субтотальной резекции производится замещение удаленного желудка сегментом толстой кишки на сосудистой ножке длиной 20—25 см (гастроколопластика). Техника операции, непосредственные и отдаленные исходы описаны ранее (Д. В. Помосов, 1962, 1964).

Мы изучали функциональное состояние желудочно-кишечного тракта у больных, перенесших гастрэктомию и резекцию желудка с гастроколопластикой, при помощи радиотелеметрической системы, позволяющей, в отличие от всех других методов, наиболее физиологическим путем в течение длительного времени изучать изменения активной реакции водородных ионов (рН), температуры и давления во всех отделах желудочно-кишечного тракта, не вызывая неприятных ощущений у исследуемого.

Эта система разработана под руководством Е. Б. Бабского и А. М. Сорина (1962). Она состоит из комплекса миниатюрных радиокапсул для исследования рН, температуры и давления, из приемной антенны и приемно-анализирующего и регистрирующего устройства. Подробное ее описание дано в специальных сообщениях Е. Б. Бабского, А. М. Сорина и соавт. (1962—1964).

Перед исследованием радиокапсулу заключали в тонкую герметичную оболочку из каучука и тарировали с помощью специальной тарировочного устройства. Исследуемый, как правило, легко проглатывал радиокапсулу. Свободно передвигаясь по всему желудочно-кишечному тракту, радиокапсула непрерывно генерирует и излучает различной частоты колебания в зависимости от величины рН, температуры и давления. Сигналы радиокапсулы принимает специальная антенна, надетая на исследуемого в виде пояса. Антенна соединена с приемно-анализирующим устройством гибким