

1. Альперович Я. А. Тер. арх. 1956, 1.—2. Белорыбкина Л. И., Булыгин И. А., Петрова Н. С. Научн. конф. «Механизмы кортико-висцеральных взаимоотношений», Баку, 1960.—3. Денисенко П. П. В кн. «Ежегодн. ин-та экспер. мед. АМН СССР». Вильнюс, 1957.—4. Закусов В. В. и Ульянова О. В. Бюлл. экспер. биол. и мед. 1960, 1.—5. Маянская К. А. Содружественные и функциональные заболевания органов пищеварения в рентгенологическом освещении. Автореф. дисс. Казань, 1949.—6. Рысс С. М. и Поваляева А. Т. Тр. I Всесоюз. съезда терапевтов. М., 1959.—7. Теппер П. А. и Каменский А. И. Тез. конф., посвящ. теорет. обснов. клинич. применения ганглиоблокир. и курареподобных средств. Л., ИЭМ, 42, 1957.

Поступила 28 ноября 1963 г.

УДК 616.33—089.87

## ПЕРВИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

*А. Ф. Попов, Р. А. Гарштейн*

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. **Н. В. Соколов**) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе хирургического отделения 12-й городской больницы (главврач — Т. М. Барышева)

Лучшим способом лечения хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки всеми хирургами признается резекция желудка. По данным ряда авторов (Е. Л. Березов, Б. А. Петров, А. Т. Лидский, С. С. Юдин и др.), после резекции желудка в 90—95% отмечены хорошие и удовлетворительные результаты. Не менее благоприятны исходы после резекции желудка при прободных гастро-дуоденальных язвах (С. С. Юдин, Б. А. Петров, А. Т. Лидский, Н. И. Козинцев, В. П. Вознесенский и др.). По данным Л. В. Полуэктова, хорошие и удовлетворительные результаты после первичной резекции желудка отмечены у 97,1%. В 30% повторные оперативные вмешательства на желудке производятся после ушивания прободных язв с 16,6% плохих результатов и количеством послеоперационных осложнений в 2 раза больше, чем после первичных резекций. Однако первичная резекция желудка не всеми хирургами признается методом выбора. Она ограничивается рядом условий и порой разноречивых противопоказаний. Так, например, В. И. Стручков считает, что прободные гастро-дуоденальные язвы в молодом возрасте не подлежат резекции. Простое ушивание, по его данным, в 70%, а ушивание «немых» язв — в 85% приводит к выздоровлению. Той же точки зрения придерживаются А. Н. Бакулев и Б. А. Петров. С. С. Юдин на основании изучения большого числа непосредственных и отдаленных результатов пришел к выводу о целесообразности первичных резекций и в молодом возрасте, так как простое ушивание не гарантирует ни от рецидивов, ни от осложнений. По данным Д. В. Усова, на 245 ушитых перфоративных язв у лиц молодого возраста хорошие отдаленные результаты получены у 18,9%, удовлетворительные — у 34,9%, а плохие — у 46,2%.

Весьма условно установлена верхняя возрастная граница для первичной резекции. Одни допускают возможность произвести резекцию желудка при прободных язвах лишь в возрасте до 45—50 лет. Лицам более старшего возраста рекомендуют только ушивание. Другие авторы (Д. М. Далгат, Н. И. Козинцев, Ю. М. Орленко) с учетом общего состояния больного, ранних сроков с момента прободения и характера прободной язвы (стенозирование, каллезные края, перерождение) считают возможным расширить показания к резекции на более старший возраст.

Ряд хирургов учитывает время, прошедшее с момента перфорации: в первые 6 часов рекомендуют резекцию желудка, а позднее — только ушивание. Д. М. Далгат при решении вопроса о резекции считает не со временем, прошедшим после перфорации, а со степенью выраженности воспалительных изменений в брюшной полости.

Некоторые авторы возможность первичной резекции желудка связывают с условиями работы хирурга и его квалификацией.

За последние 7 лет (1956—1962) в хирургическом отделении больницы № 12 Казани экстренному оперативному вмешательству по поводу прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки подверглось 222 человека. У 4 язвы перфорировала повторно на разных сроках после ранее произведенного ушивания. Ушивание прободных язв произведено у 182 (82%), первичная резекция желудка — у 40 (18%) больных. Небольшое число первичных резекций желудка — следствие излишней осторожности, а иногда и нерешительности некоторых дежурных хирургов.

При перфоративной язве желудка произведено 7, при язве двенадцатиперстной кишки — 33 резекции. Из подвергнутых резекции была одна женщина. От 20 до 30 лет было 17, от 30 до 40 — 14, от 40 до 50 — 6, от 50 до 60 — 3 больных. Из 40 оперированных 29 имели язвенный анамнез более 2 лет и временный эффект от консервативного лечения. 6 человек считали себя желудочными больными более года и лечились по поводу гастрита. У 5 больных лишь периодически и кратковременно наблюдались боли в эпигастрии, которым они не придавали серьезного значения и никакого лечения не предпринимали. Все оперированные, кроме одного, поступили в первые 6 часов от начала перфорации. Первичная резекция желудка у большинства производилась на ранних сроках с момента прободения: через 2 часа — у 14, через 4 — у 18, через 5 — у 3, через 6 — у 4 и через 7 — у одного.

Предоперационная подготовка была непродолжительной и у большинства состояла из подкожного введения наркотиков и сердечных, внутривенного введения противошоковой жидкости и двусторонней паранефральной блокады. Обезболивание проводилось преимущественно местное по способу А. В. Вишневского (у 25 больных). За последнее время у 7 больных применена местная потенцированная анестезия, у 3 — масочный эфирно-кислородный наркоз и у 5 — ингабационный. Всем, кроме двух, произведена типичная резекция около  $\frac{2}{3}$  желудка по способу Бильрот-II в модификации Финстерера. Брюшная полость тщательно высушивалась, обрабатывалась фурациллином 1:5000 или пенициллином с колимицином и, как правило, зашивалась наглухо с оставлением микроирригатора для последующего орошения антибиотиками. Одному больному из-за низкой локализации язвы двенадцатиперстной кишки и резко выраженной воспалительной инфильтрации иссечь язву не представилось возможным, и она ушита с дополнительной пластикой сальником на ножке, после чего произведена резекция для исключения. Второй больной, мужчина 23 лет, умер через час от начала операции в момент ушивания культи двенадцатиперстной кишки. Причиной смерти явилась передозировка эфира. Во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде, как правило, переливались кровь, противошоковая жидкость, гидролизин, полиглокин, аминокептиды, вводились 5% раствор глюкозы, физиологический раствор. Антибиотики вводились и в брюшную полость через ирригационный дренаж, и внутримышечно.

Мы не отметили особенностей течения послеоперационного периода у этих больных по сравнению с больными после простого ушивания прободных язв. Способ оперативного вмешательства (ушивание или резекция желудка), по-видимому, не влияет существенно на течение послеоперационного периода. Осложнения могут возникнуть независимо от характера оперативного вмешательства. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 больных: у 2 — поддиафрагмальные абсцессы и у одного — пневмония с кандидамикозом. По поводу поддиафрагмального абсцесса одному предпринято оперативное вмешательство с хорошим исходом; у другого наступило выздоровление в результате разгрузочных пункций с последующим введением больших доз антибиотиков. Больной с пневмонией и кандидамикозом тоже поправился.

Хотя резекции выполнялись разными по квалификации дежурными хирургами и, как правило, в ночное время, непосредственные исходы у всех благоприятные, если не считать одной смерти в начале операции. Средний койко-день равен 15,6. После простого ушивания из 180 больных в послеоперационном периоде умерли 4 человека от разлитого гнойного перитонита, причем у одного из них на вскрытии найдено расхождение швов по месту ушивания прободной язвы.

При анализе первых итогов резекций желудка по поводу прободных язв нас, естественно, интересовали не только ближайшие, но и отдаленные результаты лечения. Из 39 перенесших резекцию желудка от года до 6 лет назад сведения получены от 33. С 6 больными связь не установлена. На сроках 6 лет с момента операции результаты прослежены у 4, через 5 — у 3, через 4 года — у 13, через 3 — у 2, через 2 — у 6 и через год — у 5. Хорошие результаты зарегистрированы у 28, удовлетворительные — у 5 человек. Все они выполняют прежнюю работу. Плохих исходов у обследованных больных не отмечено. Больной, которому произведена резекция для исключения, также в хорошем состоянии, жалоб не предъявляет, выполняет прежнюю работу токаря, Д. М. Далгат приводит 4 подобных наблюдения с хорошими отдаленными результатами.

Таким образом, получены первые и вполне благоприятные непосредственные и отдаленные исходы резекций желудка при прободных гастро-дуоденальных язвах. В нашем представлении основательно поколеблены преуспевающие ушивания перед резекцией желудка. Показания к первичной резекции желудка должны быть значительно расширены за счет сужения показаний к простому ушиванию. Резекция должна быть методом выбора при прободных язвах. Едва ли морально и юридически правомерны такие нередко отмечаемые некоторыми хирургами противопоказания к первичной резекции желудка, как неподготовленность операционного блока, отсутствие консервированной крови, недостаточная квалификация хирургов, ночное время и т. п. Ради интересов больного эти вполне устранимые причины не должны быть в хирургических отделениях при оказании неотложной хирургической помощи. Мы не разделяем точку зрения ограничения резекции желудка каким-то предельным возрастом (45—50 лет) вне связи с общим состоянием, характером язвы и индивидуальными особенностями больного. Как раз в возрасте старше 50 лет язвы чаще всего «стажи-

рованные», каллезные, плохо заживают, склонны к стенозированию и малигнизации, а поэтому вполне допустимо у отдельных больных расширение «возрастных» показаний. Мы считаем целесообразным расширить показания к резекции желудка по поводу прободных язв и в молодом возрасте, когда есть продолжительный язвенный анамнез, язва большая с омоложенными или стенозирующими краями, кровотечение в анамнезе.

Противопоказания для первичной резекции желудка должны быть четко определены. К ним следует отнести: 1) тяжелое общее состояние больного, связанное или с развившимся перитонитом на поздних сроках с момента перфорации, или с сопутствующим заболеванием (сердечно-сосудистой, легочной или печеночно-почечной недостаточностью); 2) преклонный возраст больного с язвой без признаков к перерождению; 3) бессимптомные («немые») и нелеченные язвы с малым сроком заболевания (не более года) у лиц молодого возраста; 4) очень высокие расположенные язвы желудка. Дополнение ушивания прободного отверстия гастроэнтероанастомозом надо считать вынужденным, и оно должно производиться лишь в исключительных случаях — при резко выраженном сужении привратника или двенадцатиперстной кишки неоперабельной раковой опухолью и рубцовом стенозировании, когда технически чрезвычайно трудно произвести резекцию. При всех прочих условиях надо стремиться применить радикальный метод — первичную резекцию желудка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенский В. П. Хирургия. 1949, 12. — 2. Далгат Д. М. Там же. 1961, 2. — 3. Козинцев Н. И. Там же. 1962, 2. — 4. Лидский А. Т. Там же. 1953, 7. — 5. Орленко Ю. М. Вест. хир. 1962, 4. — 6. Полуэктов Л. В. Хирургия. 1961, 2. — 7. Петров Б. А. Тр. хир. клин. ин-та им. Склифосовского. 1938; Хирургия. 1955, 5. — 8. Стручков В. И. Хирургия. 1953, 7. — 9. Усов Д. В. Вест. хир. 1962, 2. — 10. Юдин С. С. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., Медгиз, 1943; Этюды желудочной хирургии. Медгиз, М., 1955.

Поступила 9 января 1963 г.

УДК 616.33—089.87—616.3

## ВЫДЕЛЕНИЕ КИШЕЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ — ЭНТЕРОКИНАЗЫ И ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА ПО МЕТОДУ БИЛЬРОТ-II И ГАСТРОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Г. А. Катаева и Д. В. Помосов

Клиника общей хирургии (нач. — проф. В. И. Попов) Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

В последнее время определению кишечных ферментов — энтерокиназы и фосфатазы придается большое значение. Определение содержания этих ферментов в испражнениях помогает в дифференциальной диагностике таких заболеваний, как спру, дисентерия, пищевая токсикоинфекция (С. Я. Михлин, 1957; и др.), в оценке тяжести процесса при хронических колитах и энтероколитах (К. Б. Бахадуров, 1962).

В хирургической практике многие авторы установили компенсаторное увеличение выработки энтерокиназы и фосфатазы в верхних отделах тонкого кишечника и изменения выделения их с фекалиями у больных после частичных и тотальных резекций желудка (А. А. Кардеева, 1954; С. Я. Михлин и Л. М. Левитский, 1957; В. Н. Будаговская, 1962; Ю. К. Квашнин, 1962; и др.).

Определение энтерокиназы и фосфатазы в кале и дуоденальном содержимом производилось у 10 больных после гастропластики, у 4 — после тотальной и субтотальной гастрэктомии по методу Бильрот-II и у 9 практически здоровых лиц в возрасте от 24 до 49 лет.

Из 10 больных с искусственным «желудком» (у 9 — из толстой и у 1 из тонкой кишки) мужчин было 6 и женщин — 4. Больные были в возрасте от 34 до 57 лет. Хирургическое вмешательство было предпринято по поводу рака желудка у 7 больных, полипа малой кривизны — у 1, язвенной болезни — у 1 и болезни оперированного желудка — у 1. Обследования производились в сроки через 19 дней и до 7 лет 8 месяцев после операции.

Резекция желудка по методу Бильрот-II была произведена у 4 мужчин в возрасте от 35 до 54 лет; у 2 был рак и у 2 — язвенная болезнь желудка. Сроки обследования после операции составили от 6 месяцев до 5,5 лет.

У двух групп оперированных больных и у практически здоровых лиц производилось определение энтерокиназы по методу Г. К. Шлыгина (1950) и фосфатазы по