

в горизонтальном положении на животе. В этом положении наблюдаются более высокое стояние диафрагмы, смещение сердца кверху и некоторое расширение тени средостения.

Проведенные нами сопоставления свидетельствуют, с одной стороны, о большой ценности томографического метода, а встречающиеся расхождения — об определенных его ограничениях. При толковании томограмм возможны двоякого рода ошибки: во-первых, недостаточная и, во-вторых, избыточная диагностика. Возникают трудности при интерпретации изменений в легочной ткани при ателектазе. При отборе больных на различные оперативные вмешательства по поводу легочного туберкулеза послышное исследование легких обязательно в комплексном рентгенологическом исследовании.

Окончательное решение вопроса об объеме и характере вмешательства должно проводиться с учетом субоперационного визуального и пальпаторного исследования легких — для уточнения и коррекции рентгено-томографических данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Измайлов А. И. Томография в клинике заболеваний легких. Дисс., 1956, Казань.
2. Кевеш Е. Л. Томография легких, 1941, Л.
3. Колесниченко Н. Г. Тез. докл. III съезда фтизиатров УССР, 1958, Киев.
4. Сигал И. З. Каз. мед. журн., 1958.
5. Ситдинов Н. Х. и Измайлов А. И. Вест. рентг. и рад., 1952, 1.
6. Помельцов К. В. Сб. Хирургические методы лечения при туберкулезе, 1954, М.
7. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки, 1958, Ереван.
8. Шмидт. Совр. проблемы туберкулеза, 1956, 1.

Поступила 10 февраля 1959 г.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. Н. Спиридонов, Л. С. Шварц, В. С. Ларина и Б. И. Никифоров

Из госпитальных клиник Саратовского медицинского института

Лучшим способом выяснения эффективности оперативного лечения язвенной болезни является собирание отдаленных результатов, но подавляющее большинство этих сведений получалось отдельно хирургами или терапевтами. Авторы этой статьи, принадлежа к обоим специальностям, решили восполнить этот пробел и провести исследование совместно. Лица, перенесшие когда-то операции по поводу язвенной болезни и не предъявившие жалоб, осматривались и исследовались амбулаторно. Лица же, предъявившие жалобы, помещались в ту или иную клинику на все время обследования.

Всего было разослано 329 анкет, на них получено 27 письменных ответов, и 107 человек явились для личного собеседования и осмотра. Таким образом, получены отдаленные результаты от 134 перенесших ту или иную операцию.

Язва на малой кривизне желудка была у 49 человек, язва привратника — у 40 и язва двенадцатиперстной кишки — у 45 человек. После оперативного вмешательства прошло до 1 года у 18, до 3 лет — у 12, до 5 лет — у 51, и до 10 — у 53.

Всех обследованных мы разделили на две группы: лица с удовлетворительными результатами — 115 и лица с неудовлетворительными результатами — 19. Последние подверглись в свое время следующим операциям:

- 1) ушивание язвы (при перфорации) — 1;
- 2) » » + гастроэнтеростомия — 2;
- 3) резекция желудка — 8;
- 4) гастроэнтеростомия — 8.

При контрольном обследовании жаловались на боль 16 чел., рвоту — 8, дискомфорт в желудке — 7, отрыжку — 4, понос — 3, кровотечение — 3, малокровие — 1.

При выяснении причин неудовлетворительных результатов мы обнаружили: 1) технические затруднения при первичной операции у 6. 2) осложнения в послеоперационном периоде — у 2; 3) нарушение в режиме — у 7 (курение — 1; злоупотребление алкоголем — 1; грубое нарушение пищевого режима — 4; поздняя госпитализация при перфорации язвы, осложнившейся перитонитом, — 1. У остальных 4 человек причин установить не удалось.

Из 11 обследованных (из 19) у 8 была ахлоргидрия, у 2 — нормальная кислотность и у одного — повышенная.

Рентгеноскопическое обследование было проведено у 77.

У большинства подвергшихся резекции характер эвакуации приближался к нормальному, и лишь у одного она имела характер провала. В обеих группах после гастроэнтеростомии и резекции приблизительно в $\frac{1}{3}$ наблюдалась ускоренная эвакуация, но все же она носила характер порционной, а после операции соустья имелась явно порочная, замедленная эвакуация у двух больных. Однако, это не следует относить за счет самого способа: по-видимому, здесь имелись технические неполадки в производстве операции.

При рентгеноскопии обнаружены следующие патологические явления: гастрит — у 12; гастрит и перигастрит — у 6; деформация желудка — у 2; рецидив язвы — у 1; анастомоз не функционирует — у 1; забрасывание в приводящий отрезок кишки — у 5.

Анализируя сделанные первичные операции в группе с неудовлетворительными результатами, мы установили следующее:

Из 8 резекций 2 раза они были сделаны повторно после ранее наложенного соустья. Оба раза резекция сделана с оставлением анастомоза, то есть резекция по объему была недостаточной. Один раз резекция была по способу выключения, при этом технически неправильно: разрез проведен через привратник и резецировалась только половина желудка. В четвертом случае через два года после резекции при рентгеноскопии (по словам больной) была определена ниша в соустье (пептическая язва). В этом случае резекция была сделана недостаточно по объему удаляемой части желудка и неудовлетворительным способом Полаи. В пятом и шестом случаях при первичной операции были обнаружены значительные спайки и деформация желудка и двенадцатиперстной кишки, что не могло не сказаться на результатах операции. В остальных двух случаях мы не можем убедительно сказать о причине неудовлетворительного результата.

У двух больных после операций ушивания прободных язв с добавлением гастроэнтеростомий рентгенологически определялись гастрит и еюнит, причем у одного из них имелось и забрасывание желудочного содержимого в приводящий отрезок кишки.

Мы являемся сторонниками как операции резекции, так и ушивания прободных язв в показанных случаях, но противниками добавления к ушиванию соустья. Как и большинство современных авторов, добавление соустья мы считаем операцией не только не нужной, но и вредной.

8 неудовлетворительных результатов мы получили у лиц, которым гастроэнтеростомия сделана в плановом порядке. В трех из них эта

операция была не показана из-за имевшейся пенетрации в панкреатическую железу. В одном случае при наложении соустья имелись обширные спайки желудка и двенадцатиперстной кишки с поджелудочной железой и печенью, что так же не могло способствовать получению хороших результатов. И во всех остальных случаях имелись обширные спайки, и, кроме того, рентгенологически обнаруживались значительно выраженный гастрит и дуоденит, что едва ли могло быть изменено наложением соустья.

Таким образом, причинами неудовлетворительных результатов операций были: 1) грубые анатомические изменения в желудке или в окружающих тканях к моменту операций, 2) неудовлетворительное техническое исполнение, и 3) неправильный выбор способа операций.

Изучалась и часть функциональных показателей, а именно — секреторная и гликорегулирующая функции, и, наряду с ними, моторная и оптическая хронаксия в качестве показателей субординационных и межцентральных отношений в центральной нервной системе, а также, как известно, отражения корковых процессов. Нас интересовало, в какой степени удаление патологического очага отразилось на этих физиологических состояниях.

Было обследовано 43 больных, из которых 38 мужчин и 5 женщин. Прошло после операции от 2 до 4 недель — у 1, от 2 до 12 месяцев — у 9, от 2 до 5 лет — у 11, от 6 до 10 лет — у 13, свыше 10 лет — у 9 больных.

24 человека из 43 обследованных чувствовали себя удовлетворительно и лишь изредка отмечали небольшие боли и тяжесть в подложечной области, а 19 предъявили жалобы на боли после приема пищи, после физической нагрузки, тяжесть в подложечной области, тошноту, изжогу; некоторые из них отмечали поносы или запоры.

При исследовании желудочного содержимого (фракционным методом, по Лепорскому) у подавляющего числа больных с резекцией желудка найдена анацидитас (у 19 из 22), а у лиц, перенесших гастроэнтеростомию или ушивание, она наблюдалась менее чем в половине случаев (у 8 из 20).

Желудочная секреция у послеоперационных больных

Вид произведенной операции	Нормальная кислотность	Повышенная кислотность	Пониженная кислотность	Отсутствие свободной соляной кислоты
Резекция желудка	1	—	2	19
Гастроэнтеростомия	3	2	4	3
Ушивание язвы	1	2	—	—

На ближайших сроках после операции (3 больных) была выявлена анацидитас.

Сахарные кривые у послеоперационных больных исследовали до нас Гордон, Грубина и Шапиро. Они нашли изменения в гликемических кривых, причем типичным для больных с резецированными желудками явился быстрый и значительный подъем содержания сахара в крови сразу после нагрузки сахаром, вслед за которым наступало быстрое падение. Как отмечают эти авторы, разницы не было между ранними и более поздними результатами.

Мы исследовали трехчасовые сахарные кривые после однократной нагрузки сахаром в 100 грамм у 40 больных. Данные до и после резекции представлены на следующей таблице:

Сахарные кривые при различных оперативных вмешательствах

Характер операции	Число больных	Нормальный тип	Возбудимый	Астенический	Инертный	Тормозной
Резекции	15	3	5	5	—	2
Гастроэнтеростомия . . .	16	1	8	6	1	—
Ушивание (в 2 случаях с гастроэнтеростомией) .	3	1	1	—	1	—

Чем же объясняется нарушение гликорегуляции у этих групп больных?

В сложном процессе гликорегуляции первое место принадлежит нервнорегуляторным механизмам, второе место — ваго-инсулярной системе, а затем функции печени, двигательной функции желудка (попадание сахара из желудка в кишечник, его всасывание) и другим регуляторным системам.

Наблюдениями Л. С. Шварца и В. С. Лариной над 42 больными язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки установлено, что нормальная гликемическая кривая наблюдается лишь в $\frac{1}{4}$ случаев, а у остальных имеется нарушение гликорегуляции за счет нарушений нервной регуляции, ибо больших изменений со стороны печени, поджелудочной железы и двигательной функции желудка им установить не удалось. Что же происходит после оперативного вмешательства? У части больных с резецированными желудками астенический и возбудимый типы гликемических кривых могут объясняться вызванными операцией изменениями в опорожнении желудка. На это указывает и О. Л. Гордон, который пишет, что после резекции желудка наблюдается ускоренное опорожнение желудка, в силу чего сахар быстро всасывается из кишечника, что и обуславливает ускоренный его подъем в крови. Возможно, что влияют и функциональные изменения печени, но не много и не часто, так как увеличение печени было нами обнаружено лишь у 9 из 43, а положительная реакция Таката-Ара — у 11 из 32, в то время как изменения гликемических кривых получены у 29 из 34 обследованных.

Значительных нарушений со стороны поджелудочной железы нами получено не было, хотя мы пользовались лишь одним тестом — исследованием диастазы мочи, которая у 25 больных (обследованных в этом аспекте) колебалась от 16 до 128 единиц, то есть была в пределах нормы.

Хронаксиметрические показатели исследовались у 42 больных. Нужно отметить, что характер оперативного вмешательства на них не отразился.

У больных язвенной болезнью, по данным целого ряда авторов, имеются нарушения моторной хронаксии, субординационных отношений. Изменения хронаксиметрических показателей косвенно свидетельствуют о нарушении корковых процессов.

До операции из 8 обследованных у 5 были низкие цифры моторной хронаксии, у 4 было нарушение субординации. После операции восстановление этих показателей не наступило. Не только в ближайшее время, но и через отдаленные сроки из 34 обследуемых у 22 цифры моторной хронаксии были низкими (хронаксия общего сгибателя кисти $< 0,2 \delta$, а разгибателя $< 0,4 \delta$), что нужно рассматривать как выражение повышенного тонуса подкорковых центров, являющегося результатом нарушения динамики корковых процессов торможения и возбуж-

дения с очагом застойного возбуждения в коре головного мозга. На ослабление тормозного влияния коры на подкорковые центры указывает и нарушение соотношения хронаксии сгибателя и разгибателя, которое было получено у 15 больных. Обращает на себя внимание то, что у 10 больных, наряду с ослаблением в части центров коры головного мозга тормозных процессов, наблюдалось снижение электрической чувствительности глаза ($\Sigma \text{ Ч. Г.} > 6 \text{ V}$), что свидетельствовало о низкой возбудимости коркового центра зрительного анализатора. Такие больные подлежат диспансерному наблюдению и соответствующему трудоустройству.

На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что, несмотря на удовлетворительные отдаленные результаты после операций по поводу язвенной болезни, у большинства больных функциональные расстройства (гликорегуляция, хронаксиметрические показатели и др.) со стороны целого ряда систем остаются и после удаления патологического очага.

Аналогичные данные при использовании плетизмографической методики у небольшого количества оперированных больных были в свое время получены К. М. Быковым и И. Т. Курциным.

Необходимо отметить, что исследование отдельных функций организма не определило различия между обследованными с удовлетворительными и неудовлетворительными результатами. Из 18 перенесших резекцию с отличными и хорошими результатами хронаксиметрические показатели только у одного стали нормальными, а сахарная кривая — у 4, у остальных они оставались патологическими. Таким образом, нервная регуляция, зависящая от изменения нервных регуляторных центров головного мозга и, в частности, его подкорки, долго не возвращается к норме, несмотря на клиническое излечение больных в виде отсутствия каких-либо жалоб через длительные сроки после операций.

ВЫВОДЫ:

1. Причинами неудовлетворительных результатов после операций по поводу язвенной болезни являются анатомические изменения: гастрит, перигастрит и перидуоденит, а также плохо работающий анастомоз, вследствие недостаточности по ширине, его деформации и неудовлетворительного расположения.

2. Эти анатомические причины неудовлетворительных результатов, в свою очередь, являются следствием неудовлетворительного технического выполнения операции или неправильного выбора ее способа.

3. Несмотря на клиническое выздоровление, гликорегуляция, а также показатели моторной и оптической хронаксии долго остаются измененными, что свидетельствует об остаточных явлениях в головном мозгу и, в частности, его подкорковых центрах.

4. Последнее обстоятельство делает необходимым рекомендовать длительное послеоперационное диспансерное наблюдение и лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадилькес С. О. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1953. — 2. Быков К. М. и Курцин И. Т. Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни. М., 1952. — 3. Курцин И. Т. Новый метод функциональной диагностики заболеваний желудка человека. М., 1953. — 4. Сперанский И. И. и Колосов А. В. Клин. мед., 1950, 3. — 5. Василевская Ф. М. и Салимьянова А. Г. Клин. мед., 1951, 11. — 6. Шура-Бура Н. А. Тр. Ленинградского сан.-гиг. мед. ин-та, 1954.

Поступила 15 марта 1958 г.