

Иная рентгенологическая картина наблюдается при исследовании больных в течение первого года после операции. Принятый барий за 15—20 мин. проходит все отделы тощей кишки, заполняя, сегментируя петли подвздошной кишки, и достигает слепой кишки либо быстрее, чем в норме, либо в сроки, приближающиеся к нормальным (от 1 до 3—3,5 часов).

Замедление моторики тонкой кишки в более поздние сроки после операции в основном за счет подвздошной кишки является компенсаторным приспособлением у больных, лишенных желудка.

Нами изучено влияние приема пищи на двигательную функцию тонкой кишки у 25 больных в разные сроки после операции. В ранние сроки (до 1 года) стандартный завтрак давали через 2 часа, на поздних сроках — через 4 часа от начала исследования. У 10 чел. прием пищевого завтрака мало повлиял на продвижение контрастной взвеси. У 2 больных через 2 месяца после операции, несмотря на быстрое продвижение бария по тощей и петлям подвздошной кишки, пищевой завтрак, съеденный через 2 часа, вызвал быстрое перемещение контраста. У 11 больных к 4 часам от начала исследования были заполнены лишь начальные и средние петли подвздошной кишки с длительной задержкой в них; двигательная реакция кишечника после завтрака оказалась живой, положительной.

Таким образом, выявилось сочетание значительно пониженной скорости прохождения бария по тонкой кишке с живым или резко выраженным рефлексом. У 2 больных с замедленной моторной функцией тонкой кишки пищевой рефлекс отсутствовал. Моторно-эвакуаторная функция толстого кишечника у подавляющего большинства исследованных (20 чел.) была нормальной: через 24 часа барий более или менее равномерно распределялся по всей толстой кишке, иногда включая и прямую.

ВЫВОДЫ

1. Наложение косога пищевода-кишечного соустья предупреждает развитие рубцовых стриктур, обеспечивает хорошую проходимость пищи через него.

2. 2 и 3-й варианты операции с антиперистальтическим включением тощей кишки имеют существенные преимущества по сравнению с повсеместно применяемыми методиками.

ЛИТЕРАТУРА

Сигал М. З. Казанский мед. ж., 1958, 4.

Поступила 15 октября 1973 г.

УДК 616.34 — 002.44: 616 — 089.87

ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫЕ ПЕПТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ТОЩЕЙ КИШКИ

Проф. В. И. Кукош, доктор мед. наук А. А. Чернявский

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. И. Кукош) Горьковского
медицинского института им. С. М. Кирова*

На протяжении длительного периода пептические язвы тощей кишки считались преимущественно болезнью гастроэнтеростомированного желудка. Действительно, с отказом от гастроэнтеростомии как распространенной операции при язвенной болезни количество больных с пептическими язвами сократилось. Однако и резекция желудка при язвенной болезни, несмотря на кажущуюся радикальность, не исключает возможности этого тяжелого осложнения.

Многие авторы обращают внимание на значительное увеличение числа больных с пептическими язвами тощей кишки после резекции желудка за последние 20 лет.

С 1938 по 1973 г. в нашей клинике оперированы 185 больных с пептическими язвами тощей кишки, из них 169 — после ранее выполненных гастроэнтеростомий и 16 — после резекций желудка. У 2 больных были рецидивные язвы культи желудка. После полных пилороантральных резекций желудка (не менее $\frac{2}{3}$) пептические язвы тощей кишки возникают исключительно редко. При изучении отдаленных результатов после пилороантральных резекций желудка по способу Бильрот II в мо-

дификации Гофмейстера — Финстерера и Ю. Я. Грицмана, выполненных в нашей клинике 1453 больным язвенной болезнью ручным лигатурным и механическим швом, пептические язвы обнаружены лишь у 2 больных, а рецидивные язвы культи вообще не наблюдались. Остальные 14 больных с пептическими язвами тощей кишки и 2 с рецидивными язвами после резекций желудка ранее оперированы в других лечебных учреждениях.

Из 16 больных с пептическими пострезекционными язвами тощей кишки (14 мужчин и 2 женщины в возрасте от 22 до 59 лет) у 15 первичная резекция желудка выполнялась при язвах дуоденальной локализации и лишь у 1 — при язве желудка, причем у всех кислотность желудочного сока была повышенной.

Наши данные подтверждают, что пептические язвы тощей кишки склонны к осложнениям и не поддаются консервативному лечению. Мы наблюдали следующие осложнения: у 3 больных — префистулы, у 4 — профузные язвенные кровотечения и у 4 — пенетрации.

Из 16 больных с пострезекционными пептическими язвами тощей кишки у 13 они возникли после экономных резекций $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ желудка. У 4 из них кислотность желудочного сока была в пределах нормы, у 5 — повышена, у 2 — понижена (у 2 пациентов кислотность нам неизвестна). У 2 больных пептические язвы тощей кишки образовались после резекции $\frac{2}{3}$ желудка, у 1 — после субтотальной.

Таким образом, степень кислотности, переваривающая способность желудочного сока и наличие соляной кислоты являются основными причинами развития пострезекционных пептических язв тощей кишки.

Пострезекционные пептические язвы тощей кишки возникают исключительно при язвенной болезни и не образуются после резекций желудка при раке. По существу они являются рецидивом заболевания в ближайшем или отдаленном послеоперационном периоде, обусловленном спецификой язвенного страдания, когда не устраняются еще недостаточно изученные факторы развития заболевания.

Утверждение большинства авторов, что увеличение числа больных с пострезекционными пептическими язвами тощей кишки за последние 15—20 лет обусловлено усилившейся пропагандой экономных резекций желудка при язвенной болезни, вполне обосновано. В развитии пептических язв тощей кишки имеет значение не только объем резекции желудка, но и метод наложения желудочно-кишечного соустья.

Из 16 больных с пострезекционными пептическими язвами тощей кишки у 8 ранее была выполнена резекция желудка в модификации Гофмейстера — Финстерера, у 2 — по способу Поля — Райхель, у 1 — с антиперистальтическим подшиванием тощей кишки на длинной петле, но без межкишечного соустья, у 3 — с передним анастомозом на длинной петле и межкишечным соустьем по Брауну и у 2 — с анастомозом по Ру.

Как было указано выше, у 13 из 16 больных ранее выполнены явно экономные резекции желудка. У 4 больных язвы локализовались избирательно в области желудочно-кишечного анастомоза (у 1 из них язва была мергинальной); у остальных язвы располагались в отводящей петле тощей кишки или сочетались с язвами в области соустья, так как у 11 из 16 больных язвы были множественными (2—3 язвы). Лишь у 1 больного при наличии 6 пептических язв тощей кишки одна из них находилась в приводящей петле тощей кишки.

Пептические язвы тощей кишки могут возникать после резекций желудка, выполненных по любому способу, сопровождающемуся анастомозированием с желудком тощей кишки, т. е. после резекций желудка по способу Бильрот II и его многочисленных модификаций.

После резекций желудка с гастродуоденальным прямым анастомозом пептические язвы тощей кишки не возникают, так как тощая кишка в этой операции не принимает участия. Однако и резекция желудка по типу Бильрот I не гарантирует от развития послеоперационных язв в области гастродуоденального соустья и ниже расположенных отделов двенадцатиперстной кишки.

Язвы соустья после резекций желудка с прямым гастродуоденальным анастомозом, при условии полноценности резекции по объему, возникают несомненно реже, чем язвы тощей кишки после резекции желудка по способу Бильрот II и его модификациям.

Ни после первичных резекций с прямым гастродуоденальным анастомозом, выполненных в нашей клинике, ни на опыте повторных операций при болезнях оперированного желудка мы ни разу не наблюдали язв в области гастродуоденального соустья и двенадцатиперстной кишки [1, 2]. Резекция желудка с гастроинтестинодуоденопластикой, усложняя технику резекции, не исключает возможности пептического изъязвления трансплантируемого участка тощей кишки. Показание к этой операции мы ограничиваем тяжелыми формами демпинг-синдрома, развившегося после первичных резекций желудка по способу Бильрот II и не поддающегося консервативному лечению.

Хотя в литературе и нет убедительных сведений, указывающих на частоту развития пептических язв тощей кишки после ваготомии в сочетании с экономными резек-

циями желудка, однако отдельные наблюдения убеждают, что и этот способ оперативного вмешательства не гарантирует от возникновения пептического изъязвления тощей кишки.

По нашим наблюдениям, пострезекционные пептические язвы тощей кишки развиваются раньше, чем после гастроэнтеростомий,—преимущественно через 4 мес. — 2,5 года после операции. Симптоматика их такая же, как при пептических язвах соустья после гастроэнтеростомий: интенсивные постоянные боли в эпигастрии слева от средней линии, изжога, рвота, истощение у половины больных, анемия.

Повторную операцию при пострезекционных пептических язвах тощей кишки мы считаем абсолютно показанной. При рецидивных язвах лишь культя резецированного желудка мы допускаем повторные курсы консервативного лечения.

Все наблюдавшиеся нами больные подверглись повторным высоким резекциям желудка, вплоть до субтотальных по уровню, с резекцией анастомозированного участка тощей кишки с язвой. Смертельных исходов и осложнений не было. Последние годы мы преимущественно выполняем резекцию желудка с помощью сшивающих аппаратов, что позволяет сократить продолжительность этих сложных, травматичных и больших по объему операций, создать герметичность в области швов соустьев. Ввиду склонности пептических послерезекционных язв к рецидиву вполне оправданно сочетание резекции оставшегося антрального отдела желудка с транкулярной ваготомией. Изолированную транкулярную ваготомию как повторную операцию при пептических пострезекционных язвах мы допускаем лишь при отсутствии вызванных язвой осложнений. Трудоемкость повторной резекции желудка в этих случаях, с одной стороны, и, с другой, теоретическое обоснование для применения ваготомии при уже выполненной первичной резекции желудка (достаточно полная ваготомия подавляет нервно-рефлекторную фазу желудочной секреции, а исключение антрального механизма секреции методом экономной резекции желудка надежно угнетает и гуморальную фазу ее) оправдывают эту операцию.

Отдаленные результаты в сроки от 2 до 8 лет изучены у 12 оперированных больных. 6 из них чувствуют себя вполне удовлетворительно. 1 из больных был оперирован в третий раз при пептических язвах тощей кишки — на операции выявлена ulcerогенная аденома поджелудочной железы, которая удалена в сочетании с тотальной резекцией желудка. 1 больная при выраженной клинической симптоматике пептической язвы в области желудочно-кишечного соустья, подтвержденной рентгенологически, от операции отказалась и впоследствии погибла от желудочно-кишечного кровотечения. У 1 больного пептическая язва тощей кишки рентгенологически не была выявлена, но имелись боли в эпигастрии при наличии свободной соляной кислоты в желудочном содержимом. 1 из пациентов оперирован по поводу панкреонекроза. 2 больных умерли — 1 от инфаркта миокарда и 1 после операции по поводу спаечной кишечной непроходимости с перитонитом.

Таким образом, включение ваготомии как этапа повторной операции при пострезекционных пептических язвах тощей кишки оправданно и с учетом отдаленных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л., Рыбинский А. Д. Болезни оперированного желудка и их лечение. Горький, 1940.— 2. Гуляницкий Ф. М. Пептические язвы тощей кишки, их осложнения и лечение. Автореф. докт. дисс., Горький, 1945.

Поступила 31 января 1974 г.