

Л. М. ЛИХТ

Хирургия язвы желудка в освещении терапевта

Пролетарская б-ца, г. Ростов-на-Дону

Давний спор по вопросу о том, кому принадлежит ведущая роль в лечении язвенной болезни желудка — терапевту или хирургу, разрешен сейчас окончательно в пользу терапевта. Сторонниками такого решения вопроса явились сами же хирурги (Левит, Спасокукоцкий и др.). Проф. Лурия указывает, что даже глубокие и старые язвы, калезные уже по своему виду и течению, могут быть окончательно излечены консервативным путем.

Тщательное изучение литературного материала и многолетний личный опыт убедили нас в том, что методом принципиального порядка при лечении язвы желудка должен быть признан консервативный. Однако в пестрой массе язвенных больных уже с первых месяцев открытия желудочно-кишечного отделения мы столкнулись с такими упорными случаями, перед которыми все наши консервативные мероприятия оставались безрезультатными: сама жизнь заставила нас обратиться к хирургам. Нам предстояло совместно с хирургами уточнить, какие именно случаи подлежат хирургическому вмешательству, как лучше вести подготовку к этому вмешательству, отдать ли предпочтение резекции и какой именно модификации или же ограничиться подведением анастомоза и, наконец, как лучше всего наладить и организовать ближайшее и последующее послеоперационное питание.

Что касается первого, основного пункта, то Ноорден, например, считает возможным передать больного хирургу лишь тогда, когда трехкратный шестинедельный курс противоязвенного лечения, и при том педантично проведенного, не дал желательного эффекта. По мнению Спасокукоцкого, трехлетнее безрезультатное лечение является достаточным показателем для перехода от консервативного метода к хирургическому.

Очень интересную в этом отношении табличку выработал и предложил проф. Петров. Согласно статистическим данным на огромном материале отмечено, что язвенные поражения желудка давностью, примерно, до 1 года, излечиваются консервативным методом в 75%; давностью до 3-х лет — в 25%, от 5 до 10 лет — в 10% и, наконец, хронические язвы в 10 лет и выше могут быть излечены консервативным методом лишь в 3% всех случаев.

В общем, вопрос сводится к тому, чтобы воочию убедиться, что все общепризнанные консервативные методы не приносят больному ни стойкого облегчения, ни выздоровления. Естественно, что хирургическое вмешательство, таким образом, является как бы *ultimum refugium*. И мы в нашей практике ни разу не приступали к хирургическому вмешательству прежде чем лично не убеждались

в том, что данный случай действительно не поддается консервативному лечению. И это мы делали даже и в тех случаях, где анамнез и без того был насыщен указаниями на проведенное уже лечение (диетотерапия, постельный режим, санаторно-курортное лечение, медикаментозная терапия и т. д.). „Для многих представляется спорным вопрос о том, следует ли подвергать диететическому лечению те случаи заболевания органов пищеварения, где уже решен вопрос об их операции. Мы полагаем, что подобное подготовительное диететическое лечение может оказаться весьма полезным и в этих случаях, так как под влиянием диеты может уменьшиться воспалительная реакция, сопровождающая язвенное поражение, может улучшиться тонус желудка и кишечника и, наконец, может улучшиться общее состояние организма“ (Гордон).

Таким образом, тщательный и педантично проведенный курс лечения язвы непосредственно перед самой операцией, является методом, определяющим *ex juvantibus* характер данного язвенного поражения, а при решении вопроса в пользу оперативного вмешательства о проведенном курсе лечения жалеть не придется: это лучшее и большее, что мы могли сделать для больного, чтобы обеспечить хороший исход серьезного вмешательства. „Является сугубо желательным, говорит по этому поводу проф. Спасокукоцкий, работать над возможно более здоровым и бодрым человеком“. Длительный постельный режим, смешанное калорийное и вкусное питание с обязательным включением полноценного белка в виде животного мяса и витаминов, составляли главную сущность этой подготовки.

Учитывая тот факт, что как предстоящая операция, так и наркоз явятся для организма добавочным вредным фактором, мы часто прибегали к небольшому курсу инсулинотерапии в виде 10—15 инъекций с предварительной дачей сахара. Этим самым мы стремились насытить печень гликогеном и поднять таким образом ее резистентность.

По отношению к обезвоженным больным на почве стенозирующих процессов в пилородуоденальной зоне мы применяем 3—4 раза в день капельные физиологические клизмы; этим же больным производились вечерние промывания желудка.

Нет смысла, да и незачем противопоставлять резекцию анастомозу, так как и резекция и анастомоз имеют право на существование. Вот почему мы и не являемся принципиальными сторонниками того или другого вида хирургического вмешательства. Самый характер язвенного поражения, его локализация, состояние желудочной секреции и функциональная деятельность кишечника с тщательным учетом таких решающих факторов, как возраст больного, состояние сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, должны, естественно, в каждом отдельном случае, порой даже во время самой операции решать вопрос о выборе того или другого вида оперативного вмешательства.

Мы пришли к убеждению, что рубцовые стенозы привратника с большой кислотностью, рубцовые стенозы с обширной дилатацией органа, хронические незаживающие калезные язвы, повторно и длительно кровоточащие язвы при соблюдении соответствующих вышеизложенных условий являются вполне показанными для резекции. В пользу этого говорят статистические данные ряда авторов и клинические наблюдения над отдаленными результатами после резекции. В пользу резекции говорит также и то обстоятельство, что, резецируя калезную язву, мы тем самым предохраняем больного от кровотечения,

прободения и возможного развития на язвенном участке раковой опухоли. „Обширная резекция, пишет Бергман, представляется мне и до сих пор наилучшим видом терапии после того, как наше примитивное „дерматологическое“ лечение слизистой окажется окончательно несостоятельным у данного больного. В такой операции имеется элемент функциональной терапии, так как мы удаляем те части слизистой желудка и 12-перстной кишки, откуда возникает кислотный импульс, а этим самым устраняется один из обязательных факторов возникновения язвы, именно — пептический“.

Кислотный импульс, о котором в данном случае идет речь, согласно гипотезе Эдкина, состоит в том, что химические раздражители желудочного пищеварения в процессе всасывания в антральном отделе желудка соединяются с особым веществом его слизистой оболочки — просекретинном, образуя таким образом секретин. Секретин гематогенным путем действует возбуждающим образом на самые железистые клетки. Вот почему резекция антропилорического отдела всегда, как правило, или резко уменьшает или вовсе уничтожает секреторную функцию оставшегося железистого аппарата желудка.

При выборе между анастомозом и резекцией играет, конечно, не малую роль и та техническая оснащенность, тот, мы бы сказали, уровень хирургической культуры, которой владеет оперирующий врач. Если начинающему хирургу лучше на первых порах своей деятельности ограничиться наложением соустья, то зрелому хирургу, овладевшему в совершенстве хирургической техникой, лучше прибегать к радикальному методу вмешательства.

Что касается наложения анастомоза, то мы особенно охотно прибегаем к нему в случаях законченных рубцовых пилоро-дуоденальных стенозов с небольшой дилатацией органа и с потухающей секреторной функцией (в случаях, где имеется налицо усиленная секреция и большая кислотность, подведением анастомоза мы создаем благоприятные условия для возникновения и развития *ulcus pepticum jejuni*).

Далее мы часто ограничивались наложением анастомоза в тех случаях, где дело касалось старых людей или молодых, но ослабленных и анемичных субъектов.

Несколько слов, наконец, о послеоперационном питании. К сожалению, этому вопросу в наших лечебных учреждениях не всегда уделяется должное внимание. Главное, что бросается в глаза при изучении послеоперационного питания, это отсутствие всякого плана. Необходимо научно обосновать и практически разработать этот большой вопрос. Проф. Спасокукоцкий объясняет послеоперационный шок физическим истощением больного. „Больные, пишет он, — голодными ложатся на стол, при местной анестезии переживают психические эмоции, два часа подвергаются операции“. В качестве мероприятия, направленного против шока, он предлагает кишечное кормление уже во время самой операции через троакар. Мы начинаем пероральное питание с конца второго дня. С целью схематизации этого вопроса нами выработаны четыре восьмых стола (8⁰, 8¹, 8², 8³), из которых каждый назначен сроком на 2—3 дня. Каждый последующий стол по отношению к предыдущему является нагрузочным. Все столы, следовательно, являются тренировочными. Таким образом, мы постепенно переводим операционного больного на стол I-а по номенклатуре проф. Певзнера. По снятии швов, больной, как правило,

возвращался из хирургического отделения снова в желудочно-кишечное отделение, где продолжал находиться на лечебном питании. Через стол 1-6 больной доводился до стола 1. На этом фактически заканчивалось его больничное лечение. После выписки больные переводились на питание в столовые лечебного питания, организованные при подавляющем числе промышленных предприятий Ростова и/Дону.

За первые четыре года существования желудочно-кишечного отделения прошло всего 2853 чел., из них язвенных больных 1296, что составляет 45%. Из общего числа язвенных больных 75 человек подверглось оперативному вмешательству, причем четверо больных у нас же подверглось повторной операции, так что всего произведено 79 операций. Процент оперированных составляет, таким образом, 5,7. Таблица 1 дает представление о распределении больных по годам.

Таблица 1.

Годы	Общее колич. больн.	Из них язвенных	Проц.	Из них оперировано	Проц.
1932	600	290	48	11	4
1933	681	315	46	35	11
1934	493	228	44	25	11
1935	374	369	43	6	1,6
1936	205	94	46	2	2,2
Итого .	2853	1296	45	75 б. (79 опер.)	5,7

Наибольший процент оперированных больных падает на 1933 и 1934 гг. (11%), после чего он резко падает до 1,6.

Среди оперированных нами язвенных больных было женщин — 14, мужчин — 61. По возрасту: от 20 до 30 лет — 23 чел, от 30 до 40 лет — 28, от 40 до 50 лет — 13, от 50 до 60 лет — 11 чел.

Наибольший процент падает на возраст до 40 лет. Таблица 2 дает распределение операций по способу их производства.

Таблица 2.

	Операции	Годы					
		32	33	34	35	36	Итого
1	Г.-Э. А.	7	16	7	3	1	34
2	Бильрот I	—	10	2	—	—	2
3	II	2	—	—	—	—	12
4	Райхель—Полия	—	7	16	3	1	27
5	Ушивание прободной язвы	2	2	—	—	—	4
	Итого	11	35	25	6	2	79

Всего, таким образом, произведена 41 резекция, из коих 27 по Райхель—Полия; в 34 случаях дело ограничилось наложением соустья.

Интересно отметить, что из 75 оперированных больных 46 человек подвергались оперативному вмешательству по поводу клинически явно выраженных стенотических явлений в пилорoduоденальной зоне, причем в 24 случаях на операционном столе мы встретились с уже вполне законченным рубцовым язвенным процессом; что касается остальных 22 случаев, то стеноз был обусловлен расположенной в

этом отделе калезной язвой. Что касается второй группы больных с вполне нормальным пилоро-дуоденальным отрезком, то во всех случаях нам пришлось иметь дело с калезными по своей природе язвами, расположенными вдоль малой кривизны желудка.

Из 75 оперированных больных четверо умерли в больнице, непосредственно после операции: один от перитонита, другой — от кавернозного туберкулезного процесса, третий — от сердечной слабости, четвертый — от резкого малокровия. Последний был срочно оперирован по поводу профузного повторного угрожающего желудочного кровотечения. Отметим, что из только что упомянутых четырех летальных случаев два смертельных случая последовали после произведенной резекции.

С улучшением методики наркоза, также с еще большим усовершенствованием самой хирургической техники, мы надеемся еще больше снизить и эту цифру.

Всех больных, кроме одного, оперировал врач К. Ф. Кечек совместно с врачом Л. В. Лисовской.

Остальные 71 б. выписались из больницы со значительным улучшением. Отметки „без изменений“ или „с ухудшением“ — нет ни в одной истории болезни. Графы — „выздоровление“ мы сознательно по отношению к подобного рода больным не применяем. О каком выздоровлении может идти речь у человека, у которого резецировали добрую половину желудка, а в лучшем случае ограничились наложением соустья с оставлением пораженного язвенного участка.

Для изучения отдаленных результатов мы пользовались как письменным, так и личным опросом, а также проверкой вызванных для этой цели больных. Им производилась рентгеноскопия желудка, исследование желудочного сока и общий анализ крови. Из 71 больных мы могли запросить только 65 человек, из коих ответили на наш запрос 51. Трое из наших оперированных больных в возрасте 50—60 лет умерли примерно через 1—1½ года после произведенной операции, причем смерть последовала от заболеваний, не связанных с болезнью желудка. Ответы больных о результатах операции мы разбили по примеру Орнатского на три группы: „хорошие“, „удовлетворительные“ и „плохие“. Мы получили следующие цифры, характеризующие эффективность хирургического вмешательства; хорошие результаты — 27, удовлетворительные — 15, плохие — 9. Естественно, что нас больше всего заинтересовали больные, сообщившие о плохих результатах. Нам удалось всех их лично проверить. Мы эту группу разбили на две подгруппы. В первой подгруппе, включающей 4 больных, по ряду показаний пришлось ограничиться наложением соустья, причем в 3 случаях вопрос касался тяжелых калезных язв, высоко расположенных по малой кривизне; четвертый случай впоследствии осложнился развитием большой калезной язвы в области анастомоза.

Что касается пяти больных, подвергшихся резекции, то четверо из них подвергались уже повторному вмешательству. В одном случае произведен Бильрот I, после того как ушивание прободной пилорической язвы привело к развитию стеноза; в двух случаях Бильрот II, так как наложенный до того анастомоз не дал эффекта; в четвертом случае ни Бильрот I, ни повторная резекция по Бильрот II не принесли облегчения; наконец, в последнем случае резекция по Райхель Полия также не дала существенного результата. Наряду с только что изложенными данными в этих случаях как клинически, так и

рентгеноскопически имелись налицо тяжелые гастритические изменения (Транезонцев А. Л.).

27 человек подтвердили хорошие результаты, 18 из них подверглись оперативному вмешательству по поводу стенотических явлений в пилоро-дуоденальной области, причем лишь в пяти случаях пришлось прибегнуть к резекции: в остальных 13 случаях дело ограничилось наложением соустья. Хирургическое лечение рубцовых язв, осложненных стенотическими явлениями, почти без отказа дает блестящий эффект. Надо отметить, что, несмотря на яркую симптоматику, целый ряд случаев остается к сожалению нераспознанным, и больные подолгу не получают избавления от своих упорных подчас страданий. Вот почему необходимо при лечении желудочных больных думать и о стенозе и методически его искать.

Остальные девять больных из 27 подверглись резекции желудка по поводу хронических незаживающих калезных язв.

Таким образом из 27 больных, приславших хорошие ответы, 14 человек подверглись резекции, остальные — наложению анастомоза. Как видно на этом примере и резекция и анастомоз могут дать хорошие отдаленные результаты при правильном выборе показаний к тому или иному вмешательству и при соответствующей, разумеется, технической оснащенности хирурга.

Что касается 15 больных, чьи ответы оказались удовлетворительными, то из них резекции желудка подвергались 9, наложению соустья — 6.

Но и удовлетворительные результаты операций мы считаем неплохим показателем. Прав доктор Майзель, который пишет: „Нельзя же, в самом деле, видеть в искусственном соустье между желудком и тонкой кишкой или в резекции большей части желудка высшее достижение в области терапии конституциональной болезни. В первом случае больной остается с желудочно-кишечным свином, который не только может вызвать *circulus vitiosus* или *ulcus pepticum jejuni*, но даже не предохраняет от прободения язвы или желудочно-дуоденального кровотечения, так же как это бывает при неоперированной пептической язве; во втором случае больной остается с обрубком желудка вместо центрального пищеварительного органа и всю жизнь должен соблюдать диететический режим“.

И тем не менее мы должны идти по пути хирургического вмешательства во всех тех случаях, где консервативное лечение не дает больше терапевтического эффекта, а болевые и другие ощущения больного заставляют нас быть более активными.

Содружественная работа терапевта с хирургом обеспечит известный успех в изучении проблем как консервативного, так и хирургического лечения язвенных поражений желудка.

Поступила 7.II.1938.