

СИМПОЗИУМ НА ТЕМУ «ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА ПРИ ГАСТРЭКТОМИИ И РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА»

(25—26/X 1962 г., Симферополь)

Симпозиум был организован Правлением Общества хирургов УССР.

Открывая симпозиум, проф. М. И. Коломийченко (Киев) отметил, что в последние десятилетия незаслуженно редко применяется резекция желудка по Бильрот I, несомненно, имеющая преимущества благодаря сохранению пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке. Оправданы поиски технических приемов, обеспечивающих восстановление дуоденального пищеварения после обширных резекций, при которых чаще развиваются расстройства пищеварения. Настало время обсудить показания и противопоказания к еюногастропластике, в частности по Е. И. Захарову, технику операции, причины осложнений и их предупреждение.

Проф. Е. И. Захаров (Симферополь) выступил с докладом «Еюногастропластика как новая проблема в хирургии желудка».

Перед хирургами, оперирующими на желудке, стоят 3 вопроса:

1) Можно ли считать операцию Бильрот II достаточно развитой, не нуждающейся в дальнейшем совершенствовании и удовлетворяющей как хирургов, так и больных?

2) Можно ли мириться с выключением двенадцатиперстной кишки при утрате желудочного пищеварения после операции Бильрот II?

3) Можно ли, изменив методику операции, предупредить ряд тяжелых синдромов, развивающихся вследствие неудовлетворительной адаптации организма к новым условиям пищеварения?

Докладчик дает отрицательный ответ на первые два вопроса и положительный — на третий.

Метод еюногастропластики разработан в эксперименте П. А. Куприяновым в 1924 г. и впервые осуществлен на людях докладчиком в 1938 г.

За последние 10 лет этот метод под разными именами получил распространение у нас и за рубежом. Опубликовано 1720 наблюдений, 621 — отечественными хирургами (умерло 38 — 6,1%) и 1099 — зарубежными (умерло 74 — 6,8%). Гастрэктомию было 720 (умерло 92 — 12,8%), резекций — 1000 (умерло 20 — 2%). Докладчиком и его сотрудниками выполнено 345 операций (умерло 22 — 6,4%). С раком и полипозом оперирован 141 больной (умерло 17 — 12,3%), с язвенной болезнью — 118 (умерло 3), с болезнью оперированного желудка — 86 (умерло 2). Гастрэктомия выполнена у 69 больных (умерло 14), резекции — у 201 (умерло 6), реконструктивные операции — у 42 (все живы), резекции желудка в сочетании с резекцией тонкой и толстой кишок — у 23 (умерло 2).

Еюногастропластика обеспечивает: а) восстановление резервуарной функции; б) сохранение дуоденального пищеварения; в) условия для порционного поступления пищи из трансплантата в двенадцатиперстную кишку; г) предупреждает регургитацию, эзофагиты.

Еюногастропластика является методом выбора при операбельном раке желудка и полипах. Она исключена при комбинированных и расширенных резекциях. Она показана при язве желудка, за исключением прободных и кровоточащих язв и при пенетрации язв двенадцатиперстной кишки в поджелудочную железу.

Проф. Г. Д. Вильявин (Москва), применив еюногастропластику при 10 гастрэктомиях и 41 резекции, считает метод Захарова лучшим вариантом. Исследование функций пищеварения показало, что операция Захарова более физиологична и обеспечивает условия пищеварения, наиболее приближающиеся к норме.

Р. В. Матешук (Львов) при еюногастропластике (44 операции) не пересекает сосудистые аркады брыжейки и анастомозирует культю желудка с трансплантатом конец в конец.

Проф. Г. Г. Караванов (Львов) считает еюногастропластику по Захарову эффективной для профилактики и лечения демпинг-синдрома. Резко возражает против операции инверзии (реверзии) двенадцатиперстной кишки по Бетанели.

Проф. В. И. Попов и Д. В. Помосов (Ленинград) сообщили о 40 случаях замещения желудка толстой кишкой и привели преимущества данной операции.

Проф. П. И. Андросов (Москва), выполнив 24 кологастропластики и 7 еюногастропластик, отдает предпочтение замещению желудка толстой кишкой.

Проф. М. И. Петрушинский (Андижан) доложил об итогах 120 операций на желудке с включением двенадцатиперстной кишки по своей методике.

В. И. Борисов (Ленинград) выполнил 30 операций инверзии двенадцатиперстной кишки с 9 летальными исходами.

Проф. Н. Н. Еланский, проф. М. И. Кузин и М. А. Чистова сообщили о профилактике осложнений после еюногастропластики (51 операция).

А. Е. Захаров и О. О. Лавров представили подробный анализ результатов 86 операций еюногастропластики при болезнях оперированного желудка.

Ю. Т. Комаровский (Львов) сообщил о 25 реконструктивных операциях с восстановлением дуоденального пассажа при болезнях оперированного желудка.

Было много и других интересных докладов (всего 46).

В прениях участвовало более 50 человек. Ряд выступающих, преимущественно хирургов старшего поколения, выступил в защиту хорошо освоенной операции по Бильрот II. Они указывали, что плохие результаты зависят от дефектов техники или от длительности заболевания, обуславливающего резкие нарушения в организме.

Отдельные хирурги предлагали вернуться к операции по Бильрот I, но большинство высказались за пластические операции с восстановлением дуоденального пассажа пищи.

Метод инверзии двенадцатиперстной кишки не получил одобрения.

Симпозиум принял следующее решение:

1. Еюногастропластика — принципиально новая методика резекции желудка, имеющая целью обеспечить включение двенадцатиперстной кишки и создать лучшие условия для органов пищеварения после удаления всего или части желудка.

2. Наиболее разработан метод Е. И. Захарова, который может быть рекомендован на современном этапе.

3. Еюногастропластика показана при гастрэктомиях и расширенных резекциях желудка по поводу рака, малигнизированных язв и полипоза. Пластика показана, если из-за локализации язвы нужно произвести высокую резекцию. Пластика противопоказана при пенетрирующих, кровоточащих и прободных язвах, а также при комбинированных резекциях по поводу рака.

4. Еюногастропластика показана при реконструктивных операциях по поводу болезней оперированного желудка, в частности при демпинг-синдроме.

5. Методика еюногастропластики требует дальнейшего развития и изучения с обсуждением результатов на аналогичном симпозиуме. Применение ее следует рекомендовать только высококвалифицированным хирургам, имеющим опыт в желудочной хирургии.

Доценты Д. В. Помосов и Н. С. Тимофеев
(Ленинград)

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ НА КВЕДЛИНБУРГСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

(19—20/X 1962 г., Кведлинбург, ГДР)

В работе конференции приняли участие ученые Польши, Венгрии, Чехословакии, Болгарии; советская делегация на этой конференции была представлена членом-корреспондентом АМН СССР проф. А. Д. Адо (Москва), ст. научн. сотр. А. А. Польшнер (Москва) и автором этих строк.

В докладах по проблеме гипосенсибилизации были подняты вопросы о показаниях для производства аллергических тестов, о технике определения состояния сенсибилизации при профессиональных аллергических заболеваниях, бронхиальной астме, аллергии к пищевым веществам и др.

Проф. Ходек (Чехословакия) подчеркнул значение анамнеза при аллергических заболеваниях и что для аллергологов, в отличие от врачей других специальностей, имеется особенно много трудностей — мало еще констатировать, что болезнь — аллергическая, но нужно еще определить аллерген, а это трудно, так как в каждом случае причины могут быть разные. Он сформулировал показания для постановки кожных аллергических проб. Аллергологическое исследование больного показано, когда аллерген подозревается на основании предварительного исследования. Когда аллерген установлен и при контакте с ним возникают бурные реакции, дальнейшие исследования следует проводить малыми дозами аллергена и только тогда, когда планируется проводить специфическое лечение. Способ постановки теста (инъекции, аэрозоли и т. д.) целесообразно выбирать в зависимости от вида аллергена и шокового органа (кожа, дыхательные пути, пищеварительный тракт и т. д.). Результаты аллергической пробы должны оцениваться с учетом клинической картины болезни, типа припадка и т. п.

В выступлениях было подчеркнуто, что аллергические тесты являются важнейшим вспомогательным методом для диагностики аллергических заболеваний.

Статистические данные об этиологии бронхиальной астмы у взрослых (182 больных) и детей (186 больных) сообщил проф. Горский (Польша). У взрослых наиболее частыми аллергенами являются домашняя пыль (31%), перо (29%), споры грибов (26%) и реже — пыльца растений (13%) и пищевые аллергены (1%), то есть преобладают ингаляционные аллергены. У детей на первом месте пищевая аллергия (34%), на втором — комнатная пыль (20%) и реже — другие аллергены.

Большая роль пищевых аллергенов в этиологии бронхиальной астмы у детей объясняется слабостью ферментных систем и повышенной проницаемостью барьеров,