

Язва желудка и 12-перстной кишки с хирургической точки зрения ¹⁾).

Проф. Н. В. Соколов (Казань).

Поставить вопрос о язве желудка и 12-перстной кишки с хирургической точки зрения—это значит более или менее определенно решить вопрос, подлежит ли язва желудка и 12-перстной кишки на данном этапе наших знаний об этой болезненной форме хирургическому лечению и каковы показания к хирургическому лечению; это значит—решить вопрос о выборе того или иного метода хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки, идя в решении этого вопроса на основании опыта прошлого, освещенного современными научными данными; это значит, что при тех страданиях, которые вызывает язва желудка и 12-перстной кишки, при тех изменениях в секреторной и двигательной функциях желудка, при тех искажениях формы, к которым приводит язва,—хирург должен иметь более или менее четкий ответ, какова его позиция в отношении больных с этой болезненной формой, что дает больному хирургическое вмешательство, поскольку хирургические методы лечения язвы желудка и 12-перстной кишки излечивают существующую язву, предупреждают развитие новых, поскольку они выравнивают секреторные и двигательные расстройства, поскольку они предупреждают развитие осложнений язвы, каковы ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки и т. д.

Следовательно, в основном вопрос о язве желудка и 12-перстной кишки с хирургической точки зрения распадается на—1) *вопрос о показаниях к хирургическому лечению*; 2) *вопрос о методах хирургического лечения* и 3) *вопрос о результатах хирургического лечения*.

Показания к операции.

Нужно ли вообще хирургическое вмешательство при заболевании язвой желудка и 12-перстной кишки?

Вопрос этот необходимо поставить, так как в настоящее время раздаются призывы сузить до *minimum'a* показания к оперативному вмешательству при язвах (Майзель, Кончаловский, Винников). В основе доводов противников хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки лежит неизбывность этиологии болезни, невозможность направить лечение против сущности заболевания; язвенная болезнь трактуется не как местное заболевание, а как общая конституциональная болезнь, как своеобразный малоизученный дватез или как трофоневроз. Не останавливаясь на разборе теорий, выдвинутых для объяснения сущности возникновения и развития язв желудка и 12-перстной кишки, мы должны подчеркнуть, что среди современных хирургов на данном этапе наших сведений о язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки красной нитью через всю деятельность и отражающую ее литературу проходит убеждение, что *во-первых*, хирургическое лечение в громадном большинстве случаев не есть что-либо самодовлеющее, изолированное от общего плана лечения язвенной болезни, а оперативное лечение есть одно из звеньев в цепи лечебных мероприятий в отношении больных язвой желудка и 12-перстной кишки. Поэтому хирурги в большинстве случаев и не берутся за операцию больных с острыми и хроническими язвами

¹⁾ Доложено на объединенном заседании терапевтической, хирургической и рентгенологической секции Научной медицинской ассоциации врачей АТССР 23 января 1934 г. Прения по этому докладу см. ниже—отдел IV. Заседания Краевой научн. мед. ассоциации АТССР.

желудка и 12-перстной кишки, неосложненными в своем течении (перфорацией), если больной не преломился чрез руки терапевта, которому должна принадлежать инициатива в лечении. И только безрезультатное терапевтическое лечение дает право ставить показания к операции хирургу. Такой образ действий диктуется тем, что в большом % случаев (по Einhorn'у — в 70%, по Reva'n'у — 80%, по Balfour'у — в 93%) язвы заживают от терапевтического лечения.

Во-вторых, — каков-бы ни был взгляд на язву и ее патогенез, — хирург в огромном большинстве случаев сталкивается с больными, у которых язва преимущественно выявляется как местное страдание, то искажающее форму желудка и в связи с этим его моторную функцию, то искажающее секреторную работу, то вызывающее вследствие воспалительных лимфангоитов ряд спаек желудка и т. п. Словом, хирург на месте имеет дело с рядом деформаций, расстройств, которые влияя на работу желудка, не говоря уже о субъективном, часто очень резко выраженном, чувстве боли, нередко ведут к общему расстройству организма (малокровие, исхудание и пр.).

Бесспорным является вопрос о производстве операции при диагнозе *перфорация язвы желудка или 12-перстной кишки* в брюшную полость: операция показана безусловно и показана немедленно. Чем раньше она произведена после перфорации, тем больше шансов на выживание больного. На этом показании нет разногласия между терапевтами и хирургами.

В отношении больных с язвами в остром стадии течения, хирурги по ряду соображений консервативны.

Что касается больных с *хроническими язвами желудка и 12-перстной кишки*, то, в основном, громадное большинство хирургов держится указанных выше принципов, т. е. ставит показания к операции только после безуспешного терапевтического лечения.

Вопрос только в том, как определить продолжительность срока этого лечения.

Нам кажется, что нет нужды останавливаться на этом вопросе. Несомненно, что курс терапевтического лечения для больных с хронической язвой обязателен, но срок этого лечения должен быть индивидуализирован.

В вопросе о показаниях к операции при хронических язвах желудка и 12-перстной кишки несомненно нужно различать случаи с диагнозом условным, основанным на симптомокомплексе, на клинической картине и субъективных жалобах, и случаи с диагнозом, основанным на определенной, ясной рентгенологической картине.

Самая расплывчатая формулировка показаний к операции и относится именно к первой группе больных.

Einhorn, Oator, Спасокукоцкий считают операцию показанной при продолжительных болях, неподдающихся лечению. Jordan ставит показания к операции, если, при обнаружении в стуле крови, последняя не исчезает после 2хнедельного лечения. По Мартынову, показания к операции усугубляются обострениями и кровотечением. Показания яснее, когда язва определяется рентгенологически, когда имеется дело с каллезными язвами, потому что здесь есть корректив — рентгеноанализ, показывающий ход заживления. Большинство хирургов согласно в том, что при диагнозе каллезных язв, как дающих наибольший % перфораций и раковых перерождений, больные подлежат хирургическому лечению (Гальперн, Einhorn, Sosen, Reva'n, Rappet и др.).

Показания к операции вполне ясны при обоснованном подозрении на раковое перерождение язвы (Гальперн, Einhorn, Lorey, Finsterer, Oator).

Во всяком случае ряд авторов подчеркивает, что затягивать с терапевтическим лечением не в интересах больного; нет смысла при диагнозе язвы — доводить больного до истощения, тяжелого состояния и т. д.

Бесспорным может считаться вопрос о показаниях к операции при стенозе привратника, независимо от того, имеется ли у больного язва или рубец, как результат бывшего язвенного процесса.

Что касается вопроса о показаниях к операции при язвах, осложняющихся острым, угрожающим жизни кровотечением, то здесь вопрос стоит не столько о показаниях к операции, которая при повторяющихся кровотечениях считается большинством несомненной, сколько о сроке операции; иначе говоря, — оперировать ли больного немедленно в виду угрозы гибели от кровотечения, или операцию отложить до более благоприятного момента.

Bier, при первичном, тяжелом желудочном кровотечении, держится консервативного метода лечения, считая операцию показанной лишь при повторных крово-

течениях, так как первичное кровотечение в большинстве случаев останавливается при терапевтических мероприятиях. На этой точке зрения стоят Einhorn, Boх и ряд других.

Дженалидзе сообщает о 67 случаях кровотечений из язвы желудка и 12-перстной кишки, леченных консервативно с смертельным исходом лишь в 7 случаях, в то время, как из 23 оперированных больных умерло 9.

Finstегег, наоборот, считает при тяжелых желудочных кровотечениях показанной немедленную операцию. Автор снизил процент смертности при хирургическом лечении кровоточащих язв до 5% смертности, в то время как Claiгmont при консервативном лечении имеет 26% смертности. На точке зрения активного вмешательства при желудочных кровотечениях стоят профф. Вишневский, Тессе, Rankin, Cзигег. Последний считает показания к операции при тяжелых кровотечениях абсолютными.

Осторожно ставит показания в таких случаях Habегег, который считает возможным оперировать при острых кровотечениях только при уверенности, что кровоточит из язвы.

Таким образом, вопрос о показаниях к операции является бесспорным только в отношении больных с перфоративными язвами желудка и 12-перстной кишки и стенозом привратника. В отношении показаний к операции при других стадиях развития язвенной болезни существуют крайние течения; представители одного из них: (Кончаловский, Майзель) строго суживают показания к операции, ограничивая их случаями перфораций язвы в брюшную полость и стеноза привратника, в крайнем случае искажением желудка до формы песочных часов; представители другого течения расширяют показания до крайних пределов.

Большинство хирургов и, надо полагать и терапевтов, держится в вопросе о показаниях к операции при язве желудка и 12-перстной кишки срединной позиции между этими двумя крайними течениями.

Нельзя согласиться с точкой зрения первого лагеря, так как несомненно, что 1) в известном % случаев острые и хронические язвы не заживают от терапевтического лечения и несут с собой угрозу осложнений. Больные, носители этих язв и должны направляться к хирургу; 2) нельзя согласиться, что „там, где не помогает обычное общее лечение,—не помогает и оперативное лечение“. Против этого говорит клиника, повседневный опыт, отчеты крупных хирургических учреждений, заподозрить которые в искусственном подборе цифр о результатах хирургического лечения язв нет никаких оснований. % неудач после оперативного вмешательства по поводу язв желудка и 12-перстной кишки имеется, но он не настолько велик, чтобы затуманить картину выверенных хороших результатов этого лечения.

Но одинаково нельзя согласиться и с точкой зрения крайних хирургов, предлагающих оперировать язвенных больных на всех этапах развития язвы. Если удаление малоизмененного желудка на ранней стадии развития язвы при хорошем выполнении операции и дает ничтожный % смертности и организм справляется с этим настолько, что получают хорошие результаты, то это не значит, что нужно оперировать всякого больного с язвой, когда доказано, что до 90% язвенных больных излечимы терапевтическим путем.

Наш материал ¹⁾ обнимает собой 327 больных, подвергшихся в Обл. сов. больнице операции по поводу хронических язв желудка и 12-перстной кишки в период 1922—1932 гг.

Из них женщин—18; мужчин 309. Одна женщина и 9 мужчин подверглись, кроме того, реляпоротомии. Возраст больных колебался в пределах от 15 до 66 лет. Наименьшая давность страдания до операции 1 год; наибольшая—7 лет. При операциях по поводу перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки встречались больные, которые до операционного стола никаких расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта не отмечали. С рентгенологическим диагнозом язв оперировано 191. Из них у 13 больных язв не обнаружено. 91 оперированы на основании анамнестических и клинических данных без рентгеноанализа; из них язвы обнаружены у 69 б-ных. Следовательно, всего язв не обнаружено у 35 больных.

¹⁾ Это материал хирургической клиники, возглавляемой сначала проф. А. В. Вишневским, а с осени 1926 г. проф. В. Л. Боголюбовым. С осени 1930 года, когда я оставил клинику как ассистент, мной использован только личный материал. Н. С.

С диагнозом стеноза привратника оперировано 45 больных; во всех случаях диагноз был подтвержден оперативно.

По месторасположению: язва желудка было 99; язва привратника и препилорической части—54; язва 12-перстной кишки 102.

По патолого-анатомическому характеру простые язвы обнаружены у 65 больных; каллезные язвы — у 173 б х; раково-перерожденные — у 6; туберкулезные — у 3 больных. Оперативное вмешательство ограничено было лапоротомией у 8 больных. Из всех этих больных только 29 с ясной картиной стеноза привратника были подвергнуты операции без предварительного лечения у терапевтов. Почти все остальные больные были доставлены в хир клинику из терапевтических отделений больницы после более или менее длительного безуспешного лечения и только часть их со стороны, но также после терапевтического лечения.

На основании разбора нашего материала и литературного обзора, мы считаем возможным ставить при язве желудка и 12-перстной кишки—показания к операции *абсолютные и относительные*.

Показания к операции *абсолютны*: 1) *при диагнозе перфорации язвы в брюшную полость*.

2) *При диагнозе переперфоративного стадия в течении язвы*.

3) *При основательном подозрении на раковое перерождение язвы*.

Таких больных оперировано—7; подозрения не подтвердились в 1 случае, где при гистологическом исследовании резецированного желудка язва оказалась просто каллезной. В 1 случае пришлось ограничиться лапаротомией, так как наличие метастазов в соседние органы противопоказывали производство операций на желудке.

4) *При стенозе привратника*. Показания к операции при *хронических неосложненных язвах желудка и 12-перстной кишки* носят *относительный* характер.

При хронических язвах, подтвержденных рентгеноанализом, при наличии известного симптомокомплекса, мы ставим определенные показания к операции, если терапевтическое регулярное лечение никакого улучшения не вызывает.

Как уже указано,—в нашем материале больных с рентгенологическим диагнозом язвы было 191. Из них у 13 больных язв не обнаружено. На ошибочные диагнозы рентгенологов есть указания в литературе. А Кеганф, напр., сообщает, что рентген в 5—6% дает ошибки в руках лучших рентгенологов. У Ипатова на 100 больных было 23 ошибки. Больных, подвергшихся операции на основании анамнеза и данных лабораторного исследования, было 91. Диагноз оказался правильным в отношении 66 больных. У 4 больных язвы не обнаружено, но обнаружена „игра“ привратника, иначе говоря,—пилороспазм, что, при операции под местной анестезией в ряде случаев удается обнаружить без труда. У одного больного обнаружен тяж, идущий от желчного пузыря к привратнику, иссечение которого было достаточным, чтобы исчезли все болезненные симптомы. У 6 больных оказался измененным червеобразный отросток; у 5 больных—измененный желчный пузырь. В остальных случаях объективных данных, объясняющих клиническую картину, не было обнаружено.

При острых кровотечениях из желудка мы до сих пор держались консервативного метода лечения. С 1922 по 1932 г. чрез клинику прошло 7 больных с острым желудочным кровотечением, из которых только 1 окончился смертельно. Причем при вскрытии у него обнаружена язва в нижнем отделе пищевода. Следовательно, операция на желудке была бы безрезультата.

Но данные Finsterer'a и ряда авторов заставляют признать правильным принципы активного вмешательства при остром желудочном кровотечении после предварительного испытания терапевтических мероприятий; и из них переливания крови в первую очередь. Последнее на нашем материале было применено в 4 случаях и во всех с положительным результатом. При остановке кровотечения необходимо задержаться с операцией на непродолжительный срок, чтобы дать возможность больному оправиться от общего тяжелого состояния, связанного с кровопотерей. И только в случаях продолжающегося кровотечения надо считать показанной немедленную операцию, как *ultimum refugium*.

При показаниях к операции у язвенных больных нужно особенно быть тщательным в диагнозе „смежных“ заболеваний, могущих симулировать заболевание язвой. Всегда должно быть выяснено состояние червеобразного отростка, нередко ведущего к спазму привратника. Удаление отростка в таких случаях обычно ликвидирует спазм привратника и предупреждает дальнейшее развитие процесса в желудке.

В нашем клиническом материале за этот период мы имели 6 больных, у которых, при наличии язвенного симптомокомплекса, при отсутствии язвы по рентгеноанализу, удаление патологически измененного отростка ликвидировало и язвенно-желудочный симптомокомплекс. Это были главным образом больные, доставленные клиникой проф. М. Н. Чебоксарова, а затем проф. Малкина, где на этом вопросе было фиксировано особенное внимание.

Далее должно быть выяснено состояние желчных путей и взаимосвязи их и желудка (12-п. кишки). В настоящее время накопилось достаточно материала, чтобы подчеркнуть это обстоятельство. Иногда разобщения спяянного с желудком желчного пузыря бывает достаточно, чтобы исчезли желудочные симптомы.

В нашем материале было 5 случаев, где у больных, оперированных по поводу язв желудка (12-п. кишки), последних при лапаротомии не оказалось, а вся картина объяснялась основным процессом в желчных путях с вторичным вовлечением в процесс путем спаяк желудка и 12-перстной кишки.

Наконец, необходимо у больных с подозрением на язву и наличием у них повышенной возбудимости, нервозности—тщательно исследовать состояние нервной системы. При неполадках со стороны последней и отсутствии доказательных данных в сторону язвы, операцию нужно считать противопоказанной, так как операция у таких больных часто бывает безрезультатной: боли сохраняются, нервозность увеличивается.

Методы.

После того, как показания к операции при диагнозе у больного язвы желудка и 12 перстной кишки установлены, пред хирургом стоит трудная задача—*выбора метода оперативного вмешательства*. Несомненно, что до тех пор, пока этиология и патогенез язв желудка и 12-перстной кишки не ясны и точно не установлены,—трудно говорить о выработке и выборе вполне рационального, вполне научно-обоснованного хирургического метода лечения. Нужно признать, что хирургическое лечение не является причинным в отношении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Оно направлено на язву, как местный процесс, оно направлено на последствия язвенного процесса на месте. И поскольку считается доказанным значение в развитии язв таких факторов, как нервная система, спазм, застой, повышенная кислотность—хирургическое лечение направлено иногда на нервную систему, иногда на спазм, застой, кислотность. Ясно, что даже наиболее обширное хирургическое вмешательство—резекция желудка устраняет только продукты болезни, но не самую болезнь и не всегда, к сожалению, гарантирует успех (Гальперн, Zeller). В значительной мере все методы хирургического лечения язв носят эмпирический характер (Finney).

Во всяком случае, целью хирургического вмешательства при язвах желудка и 12-перстной кишки должно быть: 1) *удаление язвы или создание условий ее скорейшего заживления*; 2) *устранение вредного и болезненного спазма привратника*; 3) *устранение двигательных расстройств желудка*, препятствующих опорожнению и ведущих к застою; 4) *устранение секреторных расстройств*, имеющих место у большинства больных язвой желудка и 12-перстной кишки; 5) *создание условий, в максимальной степени гарантирующих от рецидива, развития новых пептических язв*.

Количество хирургических методов, применяемых в отношении больных язвой желудка и 12-перстной кишки, значительно и в смысле травматичности и обширности вмешательства колеблется в очень больших пределах, начиная от простых инъекций в малый сальник алкоголя и кончая обширными резекциями желудка.

Поскольку выбор метода определяется патолого-анатомическим характером язвы, месторасположением ее, картиной патолого-анатомических изменений на желудке, — выбор метода нередко решается после вскрытия брюшной полости. Это особенно касается случаев, где рентгенологическое исследование не дает опорных пунктов для определения характера язвы и ее месторасположения.

Разделение методов на паллиативные и радикальные условно и, строго говоря, критики не выдерживает. Иногда и небольшое вмешательство дает положительный эффект, уничтожая секреторные и моторные расстройства, приводит к заживлению язвы. Иногда и обширная резекция не гарантирует от развития новых язв.

Метод алкоголизации.

Наиболее простым и наименее травматичным является метод алкоголизации, предложенный проф. В. И. Разумовским. В основу идеи проф. Разумовского положено стремление воздействовать на нервную систему желудка, участие которой в развитии язв работами ряда авторов (Манц, Могильницкий, Cusching) надо считать доказанными. Ученик Разумовского Назаров в ряде капитальных работ выверил эту идею клинически и отчасти экспериментально и пришел к заключению, что воздействовать на нервную систему желудка и 12-перстной кишки необходимо во всех случаях язв желудка (и 12-перстной кишки), при чем инъекция (5—6 к. с.) 80% алкоголя в малый сальник рекомендуется прежде всего для случаев, когда, при язвенном анамнезе, наличии язвенного симптомокомплекса, язва при лапаротомии не обнаруживается. В этих случаях алкоголизация, по автору, уничтожает боли и предупреждает дальнейшее развитие язв. Кроме того, автор рекомендует алкоголизацию малого сальника и в комбинации с другими методами, когда к ним есть соответствующие показания (Г. Е., резекция, холецистогастростомия), считая целесообразным воздействовать на нервную систему желудка (и 12-п. кишки) и в этих случаях. В результате алкоголизации, по Назарову, прекращаются гастральгии, понижается кислотность желудочного сока, заживает язва.

Из всех методов воздействия на нервную систему желудка (и 12-п. к.), а к таковым также относятся предложения Bircher'a, Scherlen'a резецировать при язвах в области малого сальника ветви блуждающего или симпатического нервов, исходя из нейрогенной теории развития язв, симпатектомия желудочных артерий, — несомненно метод алкоголизации является наиболее простым и, видимо, в некоторых случаях достигающим цели. Но в значительной мере он, как правда и другие методы, является методом эмпирическим, поскольку алкоголизацией, без учета в каждом случае, выключается то или иное количество нервов, поскольку нервная система является только одним из факторов в возникновении язвенного процесса в желудке и 12-перстной кишке.

В нашем материале имеется 12 случаев применения алкоголизации малого сальника. Во всех этих случаях, при наличии язвенного анамнеза и симптомокомплекса, при лапаротомии язва не была обнаружена. У 11 больных исчезли боли после операции. У одного 6 го операция оказалась безрезультатной. На сроке 1—1½ года обследовано 9 больных. У 2-х из них никаких жалоб на боли не отмечено. 4 жалуются на возврат болей прежнего характера.

3 больных на сроке 1—2 года вернулись в клинику с жалобой на еще более выраженные боли, чем были до алкоголизации. Они подвергались релапаротомии. У всех релапаротомированных больных обнаружены более или менее выраженные спайки малого сальника и желудка с печенью, иногда с передней брюшной стенкой. Рубцовые перерождения малого сальника и спайки создавали громадные препятствия для нового хирургического вмешательства — резекции, которой подверглись 2 больных вследствие обнаружения у них каллезной язвы на малой кривизне.

Наш материал, в сравнении с материалом Назарова, слишком мал, чтобы высказаться определенно за или против метода алкоголизации при язвах желудка или 12-перстной кишки; но он не убедил нас быть сторонниками и пропагандистами широкого применения этого метода.

Однако, нужно определенно сказать, что в основном идея проф. В. И. Разумовского — химическими агентами воздействовать на нервную систему желудка (и 12-п. к.) несет в себе много обещающего, поскольку роль нервной системы в таких процессах, как язва желудка и 12-перстной кишки считается доказанной, поскольку химическими агентами можно ударить по нервной системе.

Пилоропластика,

Пилоропластика по Heineke-Mikulicz'у широкого распространения не получила и со стороны ряда авторов имеет определенно отрицательное отношение.

В нашем материале пилоропластика по Heineke-Mikulicz'у была применена на 9 больных; из них у 4 больных она была применена при язвенном анамнезе, язвенном симптомокомплексе, когда при операции язвы обнаружено не было, но был обнаружен ясно выраженный пилороспазм, который при операции под местной анестезией иногда удается видеть отчетливо. Исходы этих операций, выверенных на сроке 1—3 года, не заставляют ждать лучшего.

В 5 случаях пилоропластика оказалась вызужденной, как опыт применения при высоко расположенных язвах cardiae, где резекция казалась очень трудно выполнимой. Результаты здесь оказались ясно неудовлетворительные. Только один из этих больных, показавшийся чрез 1 год, говорил об „улучшении“, но клинические симптомы язвы сохранились, а рентгенологически обнаружена язва. В остальных случаях операция оказалась безуспешной; при проверке 3 больных в пределах 1—1½ года рентгенологически у них обнаружена язва.

2 больных, у которых пилоропластика была применена при трудно доступных язвах близ cardiae, при достаточно высокой кислотности и при отсутствии подозрения на раковое перерождение язвы, в пределах ½ года после операции погибли от рака желудка.

Пилоропластика по Finney'ю нами применена в 5 случаях: из них у 3 больных, — при рубцевом стенозе привратника, отсутствии расширения желудка, достаточно мощной желудочной стенке; у 2-х больных — при стенозе привратника и наличии дилатации желудка с картиной застоя. У 4 больных непосредственные результаты операции можно признать удовлетворительными: исчезли боли, прекратилась рвота. У одного из больных, где операция была применена при дилатированном желудке и стенозе, — уже и в первый период после операции очевиден был неудовлетворительный исход: налицо была картина застоя.

Гастроэнтеростомия (G. E.).

Гастроэнтеростомия, примененная впервые в клинике Billroth'a его учеником Wölfler'ом при карциноматозном стенозе, естественно, после ее технической разработки, нашла широкое применение и при стенозах язвенного происхождения. Успех операции при этой болезненной форме с одной стороны, сравнительная легкость ее технического выполнения, небольшой сравнительно % смертности после G. E. дали повод расширить показания к ее применению и, с легкой руки Douen'a, предложившего в 1893 г. G. E., как метод лечения язв желудка и 12-перстной кишки, последняя стала широко применяться не только с целью улучшить механизм желудочного опорожнения, но и с целью повлиять на заживление язв любого месторасположения.

Еще в недалеком прошлом G. E. завоевала себе репутацию панацеи в лечении язв желудка и 12-перстной кишки, независимо от их патолого-анатомического характера и места расположения, и находила защитников среди крупнейших хирургов капиталистических стран и нашего Союза.

Однако, G. E., при более критической проверке ее принципиальных обоснований и проверке ближайших и отдаленных результатов, обнаружила и темные стороны, поколебавшие если не самый метод, то во всяком случае, доверие к его слишком широкому применению.

Если в большинстве случаев действительно при G. E. создаются хорошие условия опорожнения желудка, то далеко не всегда достигается снижение кислотности желудочного сока.

Язвы после G. E. по Schwarz'у, представившему большой материал Росток-

ской клиники, не заживают в 50%. По Haberer'y—язвы обычно не заживают после Г. Е.

Ясно, что оставляемая на месте при Г.Е. язва, в случаях ее незаживления, несет в себе риск тяжелых осложнений в форме: а) кровотечений, наблюдающихся в среднем в 2%; б) перфораций, наблюдающихся в 3%; в) ракового перерождения, которое по Нешрелю наблюдается в 3%, по Aschoff'y в 2—3%, по Еланскому в 7,4%, по Finstereg'y, Paug'y, Küttner'y в 24—25%, по Спасокукоцкому в 40 %.

Наконец, ряд больных возвращается в отделение на более позднем сроке с жалобой или на возврат тех же симптомов, которые привели их на операционный стол, или же на развитие новых, которые так или иначе связаны с операцией. Наблюдение больных с такими осложнениями, рентгеноанализ, повторные лапаротомии, в небольшом %—секции—дали возможность более точно выяснить основу этих осложнений.

Одной из причин неудачных исходов Г. Е. является *незаживание* старой язвы (Гальперн, Гирголав, Петров, Успенский). Далее—с заживлением старой язвы могут развиваться в желудке или 12-перстной кашке *новые язвы* (истинный рецидив), снова проявляющиеся симптомокомплексом язвы (Mager-Burgdorff, Гальперн). В ряде случаев, в основе послеоперационных поздних расстройств—оказываются *изуродованное* (суженное) *соустье, сращения* (Гальперн, Спасокукоцкий, Mager-Burgdorff). И, наконец, бросает тень на Г. Е. развивающаяся после нее *ulcus periticum jejunii*: последняя по Haberer'y развивается после Г. Е. в 1,3% случаев, по Mayo в 1,4%; по Успенскому в 0,7% Balfour на 8400 Г. Е. имел 139 пептических язв. Гальперн считает пептические язвы после Г. Е. величайшей редкостью.

Учитывая теневые стороны Г. Е., ряд хирургов горячо возражает против нее, суживая или даже ограничивая показания к Г. Е. случаями, неподходящими для резекции.

Наш материал обнимает 257 Г. Е., произведенных на 243 мужчинах и 14 женщинах. Возраст больных колебался в пределах от 15 до 66 л. Максимальное количество больных падало на возраст от 30 до 50 лет; минимальное—на возраст от 15 до 20 лет.

При *стенозе привратника* было произведено 36 Г. Е.

Из них:

I) при повышенной кислотности и мощной желудочной стенке—21	
Исход благоприятный ближайший	19 больн.
„ неблагоприятный „ „	2 „
„ <i>отдаленный</i> —проверен на сроке 1—5 л.	14 „
„ „ благоприятный	13 „
„ „ неблагоприятный (отрыжка, срыгивание, чувство тяжести)	1 „
II. При нормальной кислотности и мощной желудочной стенке	4 „
Исход во всех случаях благоприятный—ближайший и отдаленный.	
III. При повышенной кислотности и дилатации желудка с вялой его стенкой	7 „
Исход благоприятный	6 „
„ неблагоприятный	1 „
„ <i>отдаленный</i> —проверен на сроке от 1—4 л.	5 „
„ „ благоприятный	2 „
Остальные 3 б-х испытывают тяжесть в об. epigastrii, тошноту, срыгивания.	
IV. При пониженной кислотности и дилатации желудка с вялой желудочной стенкой	4 больн.
Исход благоприятный ближайший	4 „
„ <i>отдаленный</i> благоприятный	1 „
„ „ неблагоприятный	2 „

При язвах 12-перстной кишки Г. Е. была произведена 100 раз.

Из них:

1. При повышенной кислотности, простой язве, мощной желудочной стенке	51 больн.
Исход благоприятный ближайший	49 "
" неблагоприятный "	2 "
" отдаленный—проверен на сроке от 1—5 лет	22 "
" " благоприятный	20 "
" " неблагоприятный (боли, тошнота)	2 "

Рентгенологически у них язвы не определялись.

В этой группе больных 1 умер после операции от перитонита.

II. При *каллезной* язве с повышенной кислотностью и мощной желудочной стенке Г. Е. произведена у 31 больн.

Исход благоприятный ближайший	28 "
" неблагоприятный "	3 "

У этих больных имелись сохранение дооперационных болей, тошнота и т. п. В одном из них—острое послеоперационное кровотечение, остановленное промыванием желудка горячим раствором борной к-ты.

Исход отдаленный—проверен на сроке от 1—3 л. у	18 больн.
" благоприятный	14 "
" неблагоприятный	4 "

Рентгенологически у последних 6-х определялись язвы.

В этой группе 1 б-ой умер при явлениях сердечной слабости.

III. При <i>каллезной</i> язве, повышенной кислотности и дилатации желудка	18 больн.
Исход благоприятный ближайший	17 "

В одном случае—острое кровотечение, остановленное переливанием крови.

Отдаленный результат проверен на сроке от 1—6 лет на	12 больн.
Свободны от всяких жалоб	6 "

Жалобы на сильные боли, тяжесть в желудке, иногда срыгивание и рвоту	4 "
--	-----

Рентгенологически у них определяется язва.

Жалоба на тошноту, отрыжку у	2 "
--	-----

Язва рентгенологически у них не определяется.

При язвах <i>препилорической</i> и <i>пилорической</i> части желудка Г. Е. произведена на	54 "
---	------

Из них:

1) при *простой* язве с повышенной кислотностью и мощной желудочной стенкой 19 "

Исход благоприятный ближайший	17 "
" отдаленный—проверен на сроке от 1—4 лет	14 "
" благоприятный	8 "
" неблагоприятный	6 "

В этой группе 1 смертельный исход при картине *circulus vitiosus*.

2) При *простой* язве, мощной стенке желудка, нормальной кислотности 8 больн.

Исход благоприятный ближайший	6 "
" отдаленный—проверен на сроке 1—4 л.	6 "
" " благоприятный	5 "
" " неблагоприятный	1 "

3) При простой язве с пониженной кислотностью	3	„
Исход ближайший и отдаленный благоприятный	3	„
4) При <i>каллезной</i> язве с повышенной кислотностью и мощ- ной желудочной стенкой	15	„
Исход благоприятный ближайший	12	„
„ отдаленный—проверен на сроке 1—5 л.	8	„
„ „ благоприятный	5	„
„ „ неблагоприятный	3	„
В этой группе 2 смертельных исхода: 1 от перитонита, 1 от атонии желудка.		

5) При <i>каллезной</i> язве с повышенной кислотностью и ди- латированной стенкой желудка	9	больн.
Исход благоприятный ближайший	6	„
„ отдаленный проверен на сроке от 1—4 л.	5	„
„ „ благоприятный	3	„
„ „ неблагоприятный	2	„

При язвах *малой кривизны* Г. Е. произведена на 66 „
У 3-х б-х кислотность была понижена, у 9 нормальна, у остальных
повышена.

Исход благоприятный ближайший	55	больн.
„ отдаленный проверен на сроке от 1—6 л.	31	„
„ „ благоприятный	13	„
„ „ неблагоприятный	18	„

Рентгенологически у 13 б-ных последней группы обнаружено наличие
язвы.

В 19 случаях одновременно с Г. Е. произведено удаление червеоб-
разного отростка.

Передняя Г. Е. с Браун'овским анастомозом произведена 3 раза.

Задняя Г. Е. по Petersen'у 27 раз.

В остальных случаях операция произведена по Наскер-Peter-
sen'у.

При разборе нашего материала по Г. Е. обращают на себя внимание
следующие моменты.

1. Ближайшие результаты в большинстве случаев применения Г. Е.
получаются благоприятные с исчезновением ряда симптомов и, главным
образом, боли. Последнее отмечается даже при язвах *малой кривизны*.
Кислотность оказывалась сниженной в 50% случаев.

2. Отдаленный результат проверен на 135 б-ных. В условиях нашей
действительности иметь связь с каждым выходящим из клиники больным
не представлялось возможным.

Лучший отдаленный результат получен от применения Г. Е. при сто-
нозе привратника и язвах 12-перстной кишки. В свою очередь и при
этих болезненных формах лучшие исходы отмечены после Г. Е. при
мощной желудочной стенке, чем при дилатации желудка;—лучшие при
простых язвах, чем каллезных.

3. Отдаленные результаты значительно хуже после Г. Е. по поводу
язв препилорической и пилорической части желудка.

4. Результаты должно считать определенно неблагоприятными в боль-
шинстве случаев, когда Г. Е. производилась при язвах *малой кривизны*.
Смертность по нашему материалу после Г. Е. выразилась в 2%.

Релапаротомии после Г. Е. подвергнуто 8 больных, из которых у 2 больных обнаружена пептическая язва (в одном случае соустья, в другом — тонкой кишки); у 1 — *circulus vitiosus* вследствие рубцового сморщивания *mesocolon'a*; у 2 — изуродованное, суженное соустье; у 2 — каллезные язвы малой кривизны, потребовавшие резекции желудка; у 1 — спайки с передней брюшной стенкой.

Изучение литературы и разбор собственного материала дают возможность сказать, что Г. Е. — как метод лечения язв желудка и 12-перстной кишки, ее последствий и связанных с ними двигательных и секреторных расстройств — на данном этапе наших знаний о язвенной болезни пока не утратил своего значения для определенной группы случаев, но показания к Г. Е. должны быть сужены и уточнены.

При простых язвах в области привратника, в области 12-перстной кишки, не поддающихся длительному систематическому терапевтическому лечению, Г. Е. может быть применена и в большинстве случаев дает хорошие ближайшие и стойкие отдаленные результаты.

При язвах каллезных в области тех же участков более целесообразно перейти на методы, сопровождающиеся удалением язв (резекция или эксцизия), оставляя для Г. Е. лишь случаи, когда язва вовлекает в процесс составные элементы в *lig. hepato-duodenale* (*ductus choledochus*, *v. porta*, *a. hepatica*) и удаление язвы связано с риском их ранения. Это диктуется тем, что каллезные язвы наименее склонны к заживлению и, наоборот, наиболее склонны к перфорации, раковому перерождению, кровотечению. В случаях невыполнимости при каллезных язвах резекции, Г. Е. должна сопровождаться укрыванием язв сальником на ножке, что в известной мере является гарантией от перфорации, а, с прорастанием сальника и усилением кровоснабжения, создаются более благоприятные условия для заживления язвы.

Г. Е., как метод лечения расстройств, связанных с рубцевым последствием стенозом привратника, дает в большинстве случаев прекрасные ближайшие и отдаленные результаты. Но здесь необходимо внести корректив, который не всегда подчеркивается четко. Г. Е. при стенозах сопровождается сравнительно часто неудачей, когда производится у больных с далеко зашедшим процессом, когда желудочная стенка перешла в стадий атрофии с растяжением ее. В таких условиях Г. Е. нередко не достигает цели, так как ослабленная мышечная стенка работает недостаточно, работает вяло, в результате чего суживается Г. Е. отверстие, сохраняются застои и больные снова возвращаются в клинику. Неоправдаваемая в таких случаях Г. Е. должна быть заменена резекцией.

При язвах, располагающихся на желудке вдали от привратника (главным образом по малой кривизне), Г. Е. в большинстве случаев не приводит к цели, так как секреторные расстройства после Г. Е. выравниваются далеко не всегда, и, следовательно, не всегда создаются для язвы условия лучшего заживления.

Тем более не показана Г. Е. при язвах малой кривизны, сопровождающихся искажением формы желудка (до песочных часов) и двигательными расстройствами.

Необходимо определенно установить, что там, где, при вскрытии брюшной полости с диагнозом язвы желудка и 12-п. кишки, хирург не обнаруживает язвы или стеноза, он не должен производить Г. Е., которая

в этих случаях является ненужной и вредной; равно как не нужно накладывать G. E. при ясных показаниях к резекции, если хирург техникой последней не владеет. Хирург должен передать 6-го в руки более опытного, владеющего методом резекции хирурга.

Ясно, что это положение не относится к тем больным, у которых при стенозе привратника с дилатированным желудком, при каллезных язвах привратника или 12-перстной кишки их общее состояние, слабость противопоказывают производство резекций; им и должна быть произведена компромиссная в этом случае G. E.

Что касается выбора формы G. E., то в этом отношении необходимо руководствоваться следующими соображениями.

Передняя G. E. по Wölfler'у издавна имеет дурную репутацию из-за частых осложнений, связанных с развитием *circulus vitiosus* механического характера, развития шпоры, сдавления толстой кишкой отводящего отдела тонкой кишки и т. п. Во избежание этих осложнений, Braun, как известно, предлагал накладывать анастомоз между приводящим и отводящим коленами тонкой кишки при пер. G. E. Но здесь необходимо подчеркнуть, что Braun'овский анастомоз есть печальная необходимость, подводящая больных под риск развития пептической язвы в G. E. отверстия или тонкой кишке.

Поэтому, передняя G. E. принципиально должна быть отвергнута и применяться лишь в случаях крайней необходимости там, где, при показаниях к G. E. задняя гастроэнтеростомия не применима, т. е. в случаях резко выраженного заднего перигастрита, рубцового перерождения *mesocolon* и т. п.

Задняя G. E., предложенная и разработанная Наскером в клинике Billroth'a, а затем модифицированная Petersen'ом, в значительной мере чужда тем недочетам, которые связаны с передней G. E. Неудобство этого способа—рассечение *mesocolon* в сагитальном направлении, а наложение анастомоза в поперечном к нему направлении, стягивание *mesocolon*, который, во избежание риска ранения *a. colica media*, не может быть рассечен поперечно,—привела Petersen'a к предложению—брать петлю кишки для анастомоза непосредственно у *placa duodeno-jejunalis* и укладывать ее на желудок в поперечном его оси направлении, т. е. вертикально с таким расчетом, что приводящий отдел кишки будет расположен у малой кривизны желудка, а отводящий—у большой.

Наш опыт с G. E. по Petersen'у в его чистом виде убедил нас, что, введение тонкой петли в анастомоз непосредственно возле *placa duodeno-jejunalis* не всегда дает хорошие непосредственные результаты, сопровождаясь упорной, иногда очень длительной рвотой, причину которой возможно отнести к перегибу кишки при сокращениях желудка. Поэтому, допуская ее при низком расположении желудка, мы, как и большинство авторов, рекомендуем G. E. *retrocolica posterior* в той модификации, которая носит название Наскер-Пetersen'a, т. е. рекомендуем брать петлю кишки с короткой петлей, как предлагал Наскер, но укладывать ее на желудок вертикально, как рекомендовал Petersen. Выполняемая по Наскер-Пetersen'у G. E. не только предохраняет петлю кишки от перегиба и связанных с этим осложнений, но, в случае нужды (при релапаротомии), при наличии короткой петли, дает возможность наложения Braun'овского анастомоза и облегчает технику выполнения резекции желудка.

Резекция желудка.

Теневые стороны G. E. и других методов, применяемых хирургами при язвах желудка и 12-перстной кишки, из которых главной является оставление язвы на месте и связанный с этим риск перфорации, кровотечения и ракового перерождения, естественно с давних пор склоняли мысль хирургов к большему радикализму, к методам, при которых целью было не только исправить двигательные и секреторные расстройства, связанные с язвой, но и произвести удаление самой язвы.

Вопрос о резекциях желудка и 12-перстной кишки при язвах является предметом постоянных дискуссий на съездах и не сходит со страниц печати. Сравнительно высокая смертность от резекции у первых ее авторов отталкивала хирургов от широкого применения резекции. Нужны были веские обоснования, убедительные, всесторонне выверенные статистические данные, чтобы метод резекции при язвах приобрел права гражданства. Правда, и до сих пор вопрос о преимуществах метода резекции не считается окончательно решенным.

Но, если еще какой-нибудь десяток лет тому назад вопрос о том— Г. Е. или резекция при язвах желудка на ряде хирургических съездов решался большинством в пользу Г. Е., как метода хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки и резекция имела только немногих защитников,—то к настоящему дню резекция настолько оправдала себя, что громадной массой активных хирургов вопрос решается в пользу резекции, как преимущественного метода лечения язв хирургическим путем.

Сопоставляя результаты резекции желудка при язвах с другими хирургическими методами, мы встречаемся с следующими данными. По Starling's смертность при резекциях—4,20%, при других („консервативных“) методах—1, 0%. Неудачные исходы при резекции—в 4,30%, при консервативных—в 180%. При резекции язв 12-перстной кишки неудачные исходы в 3,80%, при других методах—в 15,40%. По Rannet длительность эффекта, % излечения при резекции выше, чем при Г. Е.

Но, будучи сравнительно лучшим хирург. методом, и резекция не идеальный метод и не чужда теневых сторон, хоть и в меньшей степени, чем другие методы. Поэтому, понятно, что не только терапевтическая, но и хирургическая литература нестрит сообщениями о неблагоприятных результатах, которые, к счастью, наблюдаются сравнительно в небольшом % случаев.

Так, напр., Haberer на 2310 резекций желудка наблюдал 15 рецидивов язвы, т. е. в 0,6%, проверенных рентгенологически и оперативно. Витт—после резекций желудка на 75 больных получил в результате вполне трудоспособных 25 больных, 22—свободных от болей и в 20 случаях наблюдал рецидивы язвы.

Причины неудачных исходов резекции разнообразны: 1) Одной из главных причин и здесь, как и при Г. Е. является неправильное показание к резекции.

2. Неблагоприятные результаты получаются при недостаточной резекции, когда сохраняются привратник, antrum (Haberer, Lewisohn).

3. В основе неудачных исходов резекции могут быть рецидивы язв, которыми, по Haberer'у, иногда могут оказаться и старые просмотренные на операции язвы.

4. Неудачные исходы резекций могут обусловиться воспалительными спайками (Hertel);

5. Не свободна резекция и от той формы осложнения, которая носит название „атония“ желудка. Последняя наблюдается в 3—6% случаев и иногда доводит б-х даже до летального исхода.

В увлечении успехами резекций желудка некоторые видные хирурги расширяют показания к последней, пропагандируя ее и для случаев неудаляемых язв желудка и 12-перстной кишки.

Наш материал по резекции желудка по поводу язв желудка и 12-перстной кишки не велик и базируется на 23 случаях.

Из них мужчин 19, женщин 4

Возраст больных колебался в пределах от 31 до 54 лет.

Давность процесса—от 2 до 6 лет.

По методу Billroth I оперировано 8 больных;

„ Billroth II в модификации Finsterer'a—18. Послеоперационное течение после резекции по Billroth I осложнилось кар-

тиной атонии желудка, благополучно разрешившейся после промывания желудка. Смертельный исход—1.

Послеоперационное течение после метода Billroth II осложнилось картиной атонии в I случае.

Экзистировало при явлениях сердечной слабости—3.

Отдаленные результаты проверены в пределах 1—4 лет у 19 б-х. Из них: 1) после операции по Billroth I по поводу а) каллезной язвы препилорической части хороший исход в 4; неблагоприятный (боли, тяжесть в эпигастральной области) в 1

в) стеноза привратника с расширением желудка—хороший исход в 2

II. После операций по Billroth II по поводу а) каллезной язвы малой кривизны—исход хороший 7

неблагоприятный 2

в) по поводу стеноза привратника с расширением желудка исход хороший 2

III. После паллиативной резекции по Finsterer'у по поводу каллезной язвы 12 перстной кишки 2

При обследовании чрез 1 год результаты хорошие. Рентгеноанализа не было.

Разбор нашего скромного материала дает право определенно говорить, что конечные результаты после резекций получаются хорошие в большем %о, чем после других хирургических методов. Но и метод резекции желудка при язвах не чужд недостатков. И если верно, что резекция дает лучшие результаты, то также очевидно, что смертность после резекции держится на более высоких цифрах. И понятно, почему Bier еще в 1921 году заявил, что он не безусловный сторонник резекций. Н. Н. Петров подчеркивает (Нов. хир. архив, № 98), что хотя резекция при правильных показаниях и хорошем выполнении дает хорошие результаты, но, как увлечение G.-E. приводило к плохим результатам, также плохие результаты дает и увлечение резекциями. Резекция „на всякий случай“ дает разочарование, как и G.-E. без достаточных показаний.

Все это обязует хирургов особенно строго ставить показания к резекциям желудка при язвах с учетом характера язвы, метода ее расположения, состояния больного и т. п.

Каллезные язвы, как правило, должны подвергаться резекции. Они труднее заживают; они чаще перфорируют в брюшную полость; чаще дают кровотечения; чаще перерождаются в рак. По данным Stetta 10—20% каллезных язв оказываются раковыми.

При *простых язвах* вообще нужно быть особенно строгим в показаниях к операции и особенно к резекции; и тем более в случаях сомнительных, где при лапоротомии язвы не обнаруживается.

Резекция желудка с нашей точки зрения показана и при *стенозах привратника* в том случае, где налицо дилатированный желудок с вялыми стенками.

Что касается паллиативных резекций при неудаимых язвах 12-перстной кишки, то, нам кажется, что сообщения о прекрасных результатах при язве 12-перстной кишки от G.-E. таких авторов как Moynihan, Balfour достаточно убедительны, чтобы высказаться в пользу G.-E. Но все же и для паллиативной резекции есть свои показания.

Что касается *выбора метода* резекции желудка при язвах, то это далеко не безразличный вопрос.

Наиболее практикуемыми являются методы резекции—Billroth I и Billroth II и модификации последнего.

Метод резекции по Billroth I является с принципиальной точки зрения более обоснованным. При нем непосредственно восстанавливается кишечный тракт, сохраняется система рефлексов с слизистой 12-перстной кишки—рефлекс, тормозящий работу фундальных желез, рефлекс на печень и поджелудочную железу; легко осуществляется забрасывание дуоденального содержимого в желудок и достигается стойкое снижение кислотности. При операции по Billroth I почти нет условий для развития пептической язвы, и если как казуистическая редкость, и наблюдались при этом способе резекции язвы, то не *ulcus pepticum jeuni*, а язвы анастомоза.

Но, будучи принципиально обоснованным, метод Billroth I имеет и отрицательные стороны. Во-первых, при удалении значительной части желудка с антральной его частью, при этом способе создаются условия для натяжения и, следовательно, для расхождения швов. Во-вторых, при некоторых типах 12-перстной кишки верхняя горизонтальная часть ее бывает безбрыжеечной и тогда почти тотчас после привратника переходит задней стенкой в брюшинное пространство, чем создаются трудности для наложения заднего Lambert'овского шва. Далее, при поражении язвой пилорической части или близлежащей зоны, начальная часть 12-перстной кишки является вовлеченной в процесс, иногда рубцово-перерожденной, чем опять таки создаются неблагоприятные условия для наложения швов. И, наконец, в ряде случаев в месте соединения желудка и 12-перстной кишки развиваются стенозы, иногда доводящие больных до повторных операций, необходимости наложения G.-E. Метод резекции по Billroth I не гарантирует, как и другие хир. методы, от рецидива язв.

Метод резекции желудка по Billroth II и его модификации (Reichel—Polya, Balfour) дают больший простор хирургу, позволяют производить обширные резекции, не рискуя теми осложнениями, которые связаны с методом Billroth I. Правда, при резекции желудка по Billroth II имеется на-лицо угроза, которую особенно подчеркивал Haberer, угроза развития *ulcus pepticum jeuni*.

По экспериментальным данным, при этом методе исключается рефлекс с 12-перстной кишки, рефлекс—тормозящий работу фундальных желез; а такой же рефлекс с начального отдела тонких кишек является сравнительно слабым. Кроме того, с выключением 12-перстной кишки, нарушается рефлекторная передача с слизистой 12-перстной кишки на печень и поджелудочную железу, в связи с чем выделение секрета поджелудочной железы запаздывает, а сама железа может подвергнуться атрофии (Бурденко, Догаев). В результате этого получается недостаточное осредосложение кислого желудочного сока чрез анастомотическое отверстие.

В значительной мере риск развития *ulcus pepticum jeuni* после резекции по Billroth II предупреждается обязательным удалением антральной части желудка, иначе говоря, обширной резекцией желудка, что достигается особенно при резекции по модификации Finsterer'a который резецирует желудок по линии хода пищевода, т. е. приблизительно удаляя $\frac{2}{3}$ его. В таких случаях достигается стойкое снижение кислотности, создаются хорошие условия освобождения желудка от содержимого, предупреждается в значительной мере развитие *ulcus pepticum jeuni*.

Вот почему, очень многие хирурги широко пользуются при язвах желудка модификациями метода Billroth II, несмотря, казалось бы, на очевидное извращение деятельности желудка и 12-перстной кишки. Надо полагать, что последние имеют место в большинстве случаев только на первое время после операции. А затем, организм приспосабливается к новым условиям и извращение деятельности желудка и 12-перстной кишки выравнивается.

Послеоперационный период по наблюдениям многих авторов (Finsterer, Polya) после резекции по методу Billroth II и его модификаций—протекает лучше, чем после операций по Billroth I, хотя, нужно заметить, что атония желудка, т. е. одно из самых тяжелых осложнений наблюдаются после резекций по тому и другому методу.

Отдельно стоит вопрос о методах оперирования в случаях *тяжелых, угрожающих жизни, кровотечений из язвы и в случаях ее перфораций*.

Наиболее оправдавшим себя оказался, видимо, метод резекции, который в руках Finsterer'a дает наименьший % смертности—по последним данным—50%. Метод эксцизии язвы дает до 22% смертности. Метод перевязки сосудов желудка

по Bitzel'ю себя не оправдал, равно как и предложенный Крафтом метод обкалывания язвы чрез стенку желудка с последующим погружением ее Ламбертовскими швами; последний еще может быть технически выполнен в отношении небольших язв. Но при больших каллезных язвах, особенно при расположении их на малой кривизне, в большинстве случаев невыполним. Предложенная Доуеном G.-E. уместна лишь разве при язвах 12 перстной кишки, неудалимых резекцией. Наибольший % смертности дает гастротомия (до 71%), — пропагандируемая для случаев, когда при лапаротомии язва не обнаруживается и, следовательно, источник кровотечения точно неизвестен. Вот в таких случаях и делаются попытки применять методы, значение которых часто сомнительно: перевязка сосудов, G.-E., гастротомия по Rowsing'u. Гастротомия (s. дуоденотомия) часто также не приводит к цели, если источником кровотечения служит не язва.

В случаях неизвестного источника кровотечения и резекция желудка может оказаться безрезультатной. Поэтому, нам кажется, что, при обнаружении язвы после вскрытия брюшной полости, наиболее целесообразным будет ограничиться лапаротомией.

Вопрос о необходимости неотложной операции при *перфоративных язвах* не возбуждает сомнений ни среди терапевтов, ни тем более среди хирургов. Спорным является вопрос о методах хирургического вмешательства. Старое положение M'gr'hy — „чем скорее выйти хирургу из брюшной полости, тем лучше для больного“ — крепко держит в руках многих хирургов и заставляет их при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки, как правило, прибегать к наиболее простым методам — ушиванию язвы, шахишм к G.-E. и избегать резекции там, где она показана.

Данные последних лет убедили нас, что и в условиях экстренной помощи при перфоративных язвах желудка резекция хорошо переносится больными, давая % смертности не более, чем при других методах. Юдин на 388 резекций желудка при перфоративных язвах имел 8% смертности.

Так обстоит дело с вопросом о показаниях и применении методов хирургического лечения при язвах желудка и 12-перстной кишки на сегодняшний день.

Как и все хирургические методы — эти методы имеют условное значение, поскольку на данном этапе наших знаний о язве желудка и 12-перстной кишки мы в ряде случаев не в состоянии предложить больному других методов лечения, поскольку терапевтическое лечение в ряде случаев остается безрезультатным, а больные, испытывая мучительные расстройства, связанные с наличием язвы или последствиями ее (или того и другого вместе), — должны находиться все время под угрозой перфорации, кровотечения, перерождения.

Мы не разделяем точки зрения авторов, полагающих, что там, где не помогает терапевтическое лечение, не поможет и хирургическое лечение. Опыт клиник, возглавляемых хирургами с мировым именем, и опыт скромных работников периферии с одинаковой очевидностью убеждают нас в том, что произведенное при правильных показаниях хирургическое вмешательство в большом % дает хорошие и стойкие результаты.

Но, ставя показания к операции при язвах желудка и 12-перстной кишки, не должно закрывать глаза на то, что методы хирургического вмешательства имеют значение только на данном этапе наших знаний о язве желудка и 12-перстной кишки. Не за горами, вероятно, вопрос об изъятии из ведения хирургов целого ряда заболеваний и из них язвы желудка и 12-перстной кишки, как процессов трофического и воспалительного характера в первую очередь; так, напр., клиника, возглавляемая проф. А. В. Вишневским, уже нащупала почву, и доклады клиники о лечении язв желудка и 12-перстной кишки новокаином рисуют заманчивые перспективы.