

Из терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурья Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (Директор-проф. Р. И. Лепская).

К клинике послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки.

Пр. доц. А. И. Миркин и науч. сотр. М. С. Морозова.

Операции при язве желудка в значительном проценте случаев не дают ожидаемых клинических улучшений и через тот или иной промежуток времени больные вновь обращаются за помощью по поводу наступивших ухудшений.

По Goetze только в $\frac{1}{4}$ случаев достигаются хорошие результаты. Нередко снова появляются опасные явления. Ни один из оперативных способов не гарантирует от рецидива язв. Процент длительного выздоровления после гастр-энтеростомий (г.э.) колеблется для язв привратника и 12-перстной кишки около 60—80%, для язв малой кривизны 56—75% (Кохер, Петерман, Бергер, Гальперн).

Обширные резекции дают значительно больший процент выздоровлений—78—98% (Пампель, Левинзон, Финстерер, Бергер).

В результате оперативного вмешательства на желудке мы имеем резкие нарушения в ходе пищеварения, не совсем ясные и до настоящего времени недостаточно изученные.

Причиной рецидивов болей и диспептических жалоб у оперированных больных является целый ряд патологических моментов: изменения нормальной секреторной и двигательной функции желудка, спазмические процессы, усиление гастрических процессов, рецидивы старых язв, появление пептических язв в тощей кишке и т. д. Клинический анализ 70 оперированных больных, прошедших через нашу клинику за 10 лет с 1922 по 1933 г. позволяет нам сделать ряд выводов по поводу наступивших рецидивов болей.

Для выяснения характера рецидивов болей у оперированных больных нами собирался подробный анамнез, производилось исследование объективных симптомов, желудочного содержимого натощак и после завтрака фракционным способом, микроскопический анализ желудочного содержимого, выделение нейтральрота, исследование кала, рентгеновское исследование (обычное исследование, рельеф).

С какими жалобами оперированные больные приходили к нам? Жалобы оперированных больных сводились к диспептическим явлениям (давление, полнота в подложечной-области, тошнота, изжога, урчание, отрыжка), болям в подложечной области и др. местах, зависящих от еды и от движений и наступавших в различное время дня, поносам, иногда запорам.

Тяжесть болевых явлений вполне зависела от характера процесса, В случаях рецидивов язв боли всегда носили более острый характер, часто походившие на дооперационные болевые ощущения. В случаях подозрительных на пептическую язву мы всегда наблюдали резкие боли, идущие вместе, как увидим ниже, с усилением секреции натощак, с высокими цифрами кислотности и кривой klettertyp.

Почти во всех случаях обострения болей мы находили, независимо от характера секреции, резко выраженные гастрические симптомы, выражавшиеся в наличии в желудочном содержимом слизи, лейкоцитов, усиления рельефа слизистой. Диспептические явления, с каковыми большинство оперированных больных к нам приходило, по мнению некоторых авторов, вызываются обратным забрасыванием дуоденального сока. В значительном количестве случаев жалобы больных, в сравнении с таковыми до операции, показывали незначительное изменение их характера—факт, указывающий или на рецидив язвы, или на появление пептической язвы, или на появление т. н., гастроэнтеростомического симптомокомплекса. При объективном исследовании, за исключением 2 случаев, мы всегда находили болезненность по Mendel'ю в правой верхней половине живота, в эпигастральной области и в ряде случаев, где мы подозревали пептическую язву тощей кишки, болезненность слева от пупка.

Секреторная функция оперированного желудка. Исследования ряда авторов относительно состояния желудочной секреции у оперированных больных показывает резкие нарушения одной из существенных функций желудка в зависимости от характера операций, но общепринятого положения по этому вопросу все же не имеется.

По Смит у после рез. жел. по Бильрот I—НСI исчезает, общая кислотность держится на низких цифрах, после Бильрот II—НСI уменьшена, общая кислотность низкая. По Шварцу после В. II—НСI нет, общая кислотность пониженная. Те же результаты мы имеем у Петермана, Клейбера. У Неллера из 23 случаев В-I только в 3 случаях было наличие НСI, из 20 случаев В-II только в одном случае наблюдалась свободная НСI.

У Барановой из 12 случаев рез. по В-I только в двух случаях была свободная НСI, из 17 случаев р. по В-II только в 3-х случаях свободная НСI.

Таким образом, после резекции желудка большинство авторов отмечают исчезновение свободной НСI. В материале, собранном Кальком и состоящим из 4 случаев резекции желудка по В-I, 40 случаев В-II, 29 случаев г. э., один случай выключения привратника по Эйзельсбергу, было произведено исследование желудочного содержимого фракционным методом до и после операций, причем обнаружены следующие изменения. В 14 неосложненных случаях после г. э.—исследования производились вскоре после операции (до 5 недель)—кислотность или совершенно не менялась или менялась мало, тип кривой кислотности почти не менялся. В случаях, прослеженных долгое время после операции, было найдено в 44% ахилия, в 33% понижение кислотности, в 23% кислотность нормальная. В случаях ахилии некоторые совершенно не реагировали на гистамин, т. е. имела картина анаденции. В случаях, где была произведена операция по В-I, кислотность значительно уменьшилась, время секреции сократилось. Отделение кислоты шло за счет второй химической фазы, при чем было обнаружено наличие свободной НСI, доходившей до 30. После операции по В-II кислотность резко понижалась. В большинстве случаев наблюдалось отсутствие НСI, продолжительность секреции также уменьшилась. В случаях, наблюдаемых в течение 2-х месяцев после операции, свободная НСI еще наблюдалась, в дальнейшем течении она исчезала. Понижение кислотности Кальк и здесь относит за счет исчезновения второй химической фазы. Причиной понижения кислотности по Кальку является прогрессирующий гастрит, что подтверждается гастроскопическим исследованием.

Ряд авторов за причину понижения кислотности считает нейтрализацию кислоты вследствие забрасывания щелочного дуоденального сока, перерыв рефлекторных путей и удаление воспринимающей раздражение поверхности. В случаях, осложненных пептической язвой тощей кишки, и в случаях рецидивов после г. э. Кальк обнаружил высокие цифры кислотности, кривая имела klettertyp. Обильное выделение секрета с высокой кислотностью появляется в поздних стадиях секреции, когда желудок уже пуст. Такой тип кривых Кальк объясняет рефлекторным возбуждением желудочных желез вследствие застоя пищеварительных

секретов в antrum, привратнике, 12-перстной кишке и приводящей петле после г. э.

Гетце обнаружил в случаях стеноза выходного отверстия удлинение сокращений и постоянное нарастание кислотности, благодаря накоплению связанной кислоты, количество свободной HCl при этом незначительно или совершенно отсутствует. Отсутствие задержки пищи анастомозом является одним из моментов, резко влияющих на характер секреций.

В случаях резекции antrum pylori, по Гутману и другим авт., секреция желудка понижается и чем эта резекция обширнее, тем секреция становится меньше. Экспериментальные работы Шмидта на собаках показали, что после резекции antri pylori сохраняется лишь первая фаза желудочной секреции — психическая. Другим, не менее важным моментом в расстройстве секреций после резекций, является наличие или отсутствие рефлексов в начальной части 12-ти перстной кишки, в зависимости от большей или меньшей обширности резекций зоны, стимулирующей секрецию желудочных желез. Экспериментальные работы на собаках Оглоблина, с различного рода вариантами гастроэнтеростомий, позволили автору выявить ряд отклонений от хода нормального пищеварения. Оглоблин наблюдал у оперированных собак: 1) усиленное забрасывание дуоденального содержимого и желчи в желудок, 2) понижение общей кислотности и свободной HCl, 3) падение количества пепсина, 4) ненормальный ход отделения желудочных желез за весь период пищеварения, 5) замедленное опорожнение желудка. Внимание большого количества авторов было уделено усиленному забрасыванию при г. э. дуоденального содержимого, — как момента, способствующего постоянному ощелачиванию желудочного содержимого и связыванию пепсина. В этом факте, как думает большинство исследователей, и заключается полезное действие г. э.

Болдырев, изучая забрасывание дуоденального щелочного сока в нормальном желудке, указал на важное значение этого фактора для урегулирования кислотности в желудке. Флеров нарушению механизма забрасывания дуоденального содержимого приписывает возникновение пептических язв желудка.

Забрасывание дуоденального содержимого происходит при всех способах г. э., за исключением способа Ру, при котором забрасывание происходит в незначительной степени. Сильнее всего забрасывание имеет место при г. э. с закрытым пилорическим отделом, особенно при даче в пищу жира и молока, и преимущественно во второй пищеварительный период или к концу его.

Но одна нейтрализация желудочного содержимого забрасыванием дуоденального сока еще не снижает в достаточной степени работы желудочных желез. Как показали клинические и экспериментальные данные, подавление желудочной секреции происходит путем рефлекса, главным образом, со стороны слизистой 12-перстной кишки и меньше со стороны верхнего отдела тощей кишки. Исследования Дранникова на большом материале из клиники проф. Федорова показали в большом проценте случаев после г. э. (50—78%) повышение секреции желудочного сока. Доктор Бресткин из лаборатории проф. Павлова, в эксперименте на собаках, наблюдал после г. э. постоянную секрецию и повышение кислотности желудочного сока с усиленной переваривающей способностью.

Наш материал (мы взяли всего 46 случаев) обнимает, главным образом, операции гастроэнтеростомий — 40 случаев, В I — 3 случая, В II — 3 случая. Из 40 случаев г. э. — 13 случаев с нормальной кислотностью (32½%), 19 — с повышенной кислотностью (47,5%), 8 — с пониженной кислотностью (20%). Из 3-х случаев В I один с повышенной кислотностью, 2 с пониженной кислотностью. Из 3-х случаев В II — два с отсутствием свободной HCl и один с пониженной кислотностью. Цифры нашего материала несколько отличаются от материала Калька. В наших случаях кислотность не понизилась в таком большом проценте случаев, как у Калька (44% — ахилия, 33% — пониженная кислотность), хотя наши случаи и были обследованы через большой промежуток времени. В большинстве наших случаев г. э. были резкие явления гастритов (слизь, лейкоциты, изменения рельефа слизистой желудка).

Как шло в наших случаях выделение нейтральноты? Выделение нейтральноты шло параллельно характеру секрета. Чем меньше была выра-

жена кислотность, чем резче были выражены явления гастрита, тем медленнее шло выделение нейтральноты. Так, например, в случае 9-м, где, несмотря на гиперсекрецию натошак (375 к. с.) и высокие цифры кислотности (80/65), нейтральрот выделился лишь через 40 минут. При исследовании рельефа этого случая было обнаружено резкое утолщение складок слизистой желудка. Все эти факты говорят нам о резко выраженных в этих случаях гастрических явлениях.

Двигательная функция оперированных желудков. При г. э. систола и перистальтика, как естественные изгоняющие силы, сохраняются, остается и задерживающая сила привратника, но к ним присоединяется новый изгоняющий момент—гидростатическое давление, действующее на вновь образованное желудочно-кишечное соустье. Вначале исследования в г. э. желудке действует гидростатическое давление, но, по мере уменьшения высоты столба контрастной массы, опорожнение начинает совершаться через привратник.

Г. э. отверстие обладает собственной активной задерживающей силой и, по мнению Шлезингера, опорожнение через г. э. соустье происходит ритмически. В конечном счете, по Кальку, опорожнение в г. э. желудке ускорено против нормы. В тех случаях, когда опорожнение в г. э. желудке замедлено, мы имеем ослабление или уничтожение активной изгоняющей силы желудка или затруднение проходимости через привратник вследствие органических или функциональных причин (высоко расположенное г. э. отверстие).

Помимо вышеуказанных моментов, на время опорожнения в г. э. желудке влияет величина поперечного сечения анастомоза и прилегающего отрезка кишечника. В дальнейшем, у нового устья начинает образовываться род сфинктера и характер опорожнения меняется—из непрерывного он становится прерывистым, толчкообразным.

Другая группа исследователей (Петерсон, Добротворский, Лондон и другие) указывают на замедление опорожнения при г. э. По их мнению два момента определяют скорость опорожнения желудка при г. э. Это: 1) сократительная деятельность мускулатуры желудка и 1) препятствие, создающееся около соустья. При г. э., как думают Петерсон, Лондон, происходит значительное ослабление сократительной деятельности мускулатуры желудка, замедляющее опорожнение желудка.

Каунель и Эдельман экспериментальным путем доказали существование рефлекса со стороны слизистой 12-ти перстной кишки и верхнего отдела тощей кишки на моторную функцию желудка. Уничтожение этого рефлекса резко влияет на двигательную функцию желудка.

Совершенно иные условия для двигательной функции мы имеем в случаях резекций желудка. Здесь, в отличие от опорожнения в г. э. желудке, задерживающая сила привратника отсутствует, остается лишь гидростатическое давление, вызывающее быстрое и непрерывное опорожнение в резецированном желудке. В дальнейшем на месте нового выходного отверстия, так же, как и при простой г. э., в желудке образуется подобие сфинктера, препятствующее непрерывному опорожнению и пища выходит из желудка толчкообразно.

Проф. Розенблат, Балабан и Кох, подробно изучая на 42 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу язвы желудка и 12-ти перстной кишки, двигательную функцию желудка, пришли к заключению, что перистальтика сохраняется в стенках желудка при В-I 78,0%, а при В-II в 39,39%. На основании этого, они делают вывод, что сохранение перистальтики в стенках культи в значительной мере зависит от способа операции „и, повидимому, является результатом возобновления нервной рефлекторной связи между 12-и перстной кишкой и стенкой желудка“. При резекции по В-I почти во всех случаях опорожнение культи носило ритмический или прерывистый характер, при резекции по В-II такой характер опорожнения наблюдался только в 66,0%. Эвакуация во всех случаях

заканчивалась в 20 минут и это время должно считаться нормой эвакуации при резекции.

Необходимо еще указать на одну особенность изменения двигательной функции резецированного желудка—это потерю нормальной сортировки пищи в желудке. В то время как у здорового человека вначале желудок покидают жидкие и кашцеобразные пищевые вещества, в резецированном желудке опорожнение идет в порядке наполнения.

Во всех 6-ти наших случаях резекций опорожняемость желудка была хорошая. В 9-ти случаях г. э. опорожняемость плохая, в остальных хорошая. В одном случае мы имели значительную деформацию желудка, спайки и плохо функционирующий г. э., в 1 случае обширные спаечные процессы, отсутствие функции анастомоза, гастроэктазию, стеноз пилорического отдела, в 1—отсутствие функции анастомоза и деформацию 12-перстной кишки. В остальных случаях—плохо функционирующий анастомоз, спаечные процессы и спазмы в области анастомозов.

Функция кишечника. Функция кишечника после операций на желудке в значительной мере расстраивается. Помимо того, что в желудке резко нарушается химизм, помимо того, что в желудке происходит постоянное забрасывание дуоденального содержимого, пища в целом ряде случаев попадает в кишечник, минуя 12-перстную кишку и не вызывая тем самым рефлекторного возбуждения поджелудочной железы и печени. Нарушается приток наиболее важных для переваривания пищи ферментов и других химических составных частей, отделяемых поджелудочной железой и печенью.

После г. э., согласно экспериментальным наблюдениям Бурденко, происходит значительное уменьшение функциональной деятельности поджелудочной железы, что резко снижает ее работу отделения пищеварительных ферментов. В дальнейшем нарушается и секреторная работа тонких кишок, ибо, как нам известно, возбудителем ее работы является панкреатический сок, желудочный сок, которые выделяются в этих случаях в недостаточном количестве. Пища начинает плохо перерабатываться и мы часто у больных с г. э. и резекцией желудка наблюдаем поносы. Эти поносы могут зависеть от отсутствия отделения НСІ в желудке и мы наблюдаем т. н. гастрогенные поносы. Соединительная ткань, грубая клетчатка в непереваренном виде, поступая в кишечник, вызывает бродильные и гнилостные процессы. Даже при наличии НСІ в желудке, в виду ускоренного прохождения пищи через желудок, соединительная ткань не успевает подвергнуться переработке и, попадая в кишечник, раздражает его, вызывая поносы.

После пробной диеты Шмидта в значительной части случаев у оперированных больных обнаруживаются остатки соединительной ткани, непереваренные мышечные волокна, много жира и в незначительном количестве случаев непереваренный крахмал.

На нашем материале мы видели поносы в 28% случаев. Поносы мы наблюдали как в случаях резекций (2 сл.), так и в случаях г. э. При исследовании функциональной деятельности кишечника наших случаев мы всегда находили соединительную ткань, часто много непереваренного жара, в ряде случаев плохо усваиваемые углеводы, иногда не переваренные мышечные волокна, что нужно отнести за счет пониженной перевариваемости желудка, уменьшения секреторной функции поджелудочной железы. Особенно характерен был стул в одном случае, где мы имели

fistula gastrojejunoscolica. В испражнениях было очень большое количество непереваренных мышечных волокон, много крахмальных зерен и растительных клеток. Бродильная проба была положительна.

Если на нашем материале из 46 случаев мы наблюдали поносы только в 28%, то очевидно нужно сказать, что компенсаторные и защитные силы кишечника еще очень велики, чтобы на долгое время сохранить удовлетворительную работу кишечника.

Содержание хлоридов в крови. У 13 оперированных больных мы исследовали хлориды в цельной крови. Как известно, количество хлоридов, выраженное в виде хлористого натрия, колеблется в цельной крови от 450 до 500 м/м. ‰. Во всех наших случаях количество хлоридов было значительно повышено, доходя до 625 м/м.‰ и не спускаясь ниже 474 м/м.‰. Сравнение процентов хлоридов и кислотности желудочного сока у этих больных никакого расхождения не обнаруживает. Так, например, в случае 10-м количество хлоридов равнялось 604 mlgт.‰ при общей кислотности желудочного сока, равной 12. Такой цифровой материал позволяет нам сделать практический вывод: для уменьшения уровня хлора в крови и приведения его к нормальным цифрам необходимо снизить в диете у этих больных натр хлор или даже на некоторое время совершенно лишить их соли.

Таблица № 1.

Случай	‰ милигр. хл. в цел. крови	Кислотн. желуд. сока.	Случай	‰ милигр. хл. в цел. крови	Кисл. жел. сока
3	525	60/42	12	625	20/0
4	615	100/80	14	527	90/60
5	506	68/52	16	615	52/40
7	513	32/18	20	562	104/94
8	517	64/40	21	501	92/72
10	604	12/0	22	474	96/80
11	527	45/25			

Ксантопротеин в крови. У 16 оперированных больных мы исследовали количество ксантопротеина в крови и нашли во всех случаях количество его повышенным (40—75). Увеличение количества ксантопротеина у оперированных больных можно объяснить одновременным нарушением функций печени, а возможно и желудка. Известно, что желудок является не только секреторным органом, но и экскреторным (известный факт выделения значительного количества азотистых веществ при уремических состояниях через желудок, нахождение в желудочном содержимом ксантопротеина). В оперированном желудке эта экскреция может быть нарушена, а отсюда мы можем иметь накопление ксантопротеина в крови выше нормы.

Таблица № 2.

К-во ксантопрот.	К-во случаев	К-во ксантопрот.	К-во случ.
От 35—40	7	45—50	2
„ 40—45	2	50—55 и выше	5

Таковы симптомы осложнений наших оперированных больных. Эти симптомы, складываясь в определенную группу, позволяют установить 5 групп осложнений после операций на желудке: 1) Так называемый гастроэнтеростомический симптомокомплекс, 2) пепти-

ческая язва тощей кишки, 3) рецидивы язв, 4) спаечные процессы, 5) *circulus vitiosus chronicus*.

1) *Гастроэнтеростомический симптомокомплекс*. Значительный процент осложнений после операции на желудке мы наблюдаем в виде обострения болей с резко выраженными диспептическими явлениями.

Прибрам выделяет это осложнение в виде особой нозологической единицы — „гастроэнтеростомия как болезнь“, другие, более осторожные авторы как Майзель, говорят о „гастроэнтеростомическом симптомо-комплексе“. Различают две формы гастроэнтеростомического симптомокомплекса: а) гиперацидную и в) гипацидную.

а) *Гиперацидная форма гастроэнтеростомического симптомокомплекса*. Гастроэнтеростомический симптомокомплекс наблюдается после задней позад ободочной гастроэнтеростомии с короткой петлей и никогда не наблюдается после гастроэнтеростомии, произведенной по поводу органического сужения привратника. Наиболее характерные симптомы этого осложнения — обильная секреция, повышенная кислотность, непрерывные боли, тяжесть и давление в подложечной области, чувство полноты в желудке, застой в желудке, несмотря на быстрое опорожнение его, резко выраженные диспептические явления: изжога, отрыжка, рвота с значительным количеством жидкости. При пальпации определяется разлитая чувствительность по всему животу. Все эти болевые явления наступают быстро после операции и приводят больного к прежнему положению. При рентгеноскопии, несмотря на двойной путь эвакуации, наблюдается замедленное опорожнение при хорошо функционирующем анастомозе. Диагностика этого осложнения чрезвычайно трудна. „Гастроэнтеростомический симптомокомплекс“ необходимо дифференцировать с рецидивами язвы, не зажившей язвой желудка или 12-перстной кишки, с пептической язвой анастомоза или тощей кишки и всеми остальными осложнениями, наблюдаемыми после г. э. Только путем исключения всех вышеприведенных осложнений мы получаем право говорить о г. э. симптомокомплексе. При „г. э. симптомокомплексе“ отсутствуют кровавая рвота и оккультные кровотечения, нет характерной болевой точки, боли имеют постоянный и разлитой характер, при рентгеноскопии отсутствует ниша.

Одни авторы пытаются все эти осложнения объяснить спаечными процессами. Прибрам, не отрицая значения механического момента при этом осложнении, центр тяжести переносит на функциональные, рефлексорные расстройства, наступающие в зависимости от гастроэнтеростомоза.

На основании нашего материала можно было бы скорее говорить и искать причину рецидивов в обострении гастритов. Наличие секреторных расстройств, слизи, усиление картины рельефа слизистой, отсутствие каких-либо указаний на рецидив язвы подтверждают нашу мысль.

в) *Гипацидная форма гастроэнтеростомического симптомокомплекса*. Гипацидная форма г. э. симптомокомплекса характеризуется наличием тяжелых диспептических явлений — тошнота, изжога, отрыжка, срыгивание, иногда рвота, плохой аппетит, горький вкус во рту. Болевые явления отсутствуют, тяжесть в области эпигастрия, ощущение полноты и распираания после еды. При пальпации болезненность в эпигастриальной области. Диагноз данного осложнения ставится на основании отсутствия каких-либо указаний на язвенный процесс, наличие после завтрака большого количества желудочного содержимого (150—250 к. с.), с низкими

цифрами кислотности, а иногда и полным отсутствием свободной HCl . Причина данного осложнения лежит в наличии соустья, ибо мы не находим при этих формах каких-либо анатомических или рентгенологических оснований для этой формы, кроме наличия функциональных расстройств.

2) *Пептическая язва тощей кишки*. Самым грозным и неприятным осложнением после операции на желудке является пептическая язва тощей кишки.

Впервые клиническая картина пептической язвы тощей кишки была описана в 1899 году Брауном. В настоящее время большинство клиницистов отвергает т. н. механо-химическую теорию возникновения пептической язвы тощей кишки и придает чрезвычайно большое значение т. н. язвенной конституции, язвенному предрасположению. Реже всего это осложнение возникает при задней г. э., В-II, пилоропластике и чаще всего в случаях выключения привратника по Эйзельсбергу и передней г. э.

Как часто наблюдается пептическая язва тощей кишки? Статистика русских и иностранных авторов указывает от $1\frac{1}{2}$ до 34%. Повторные операции на желудке, произведенные по поводу рецидивов болей, на долю пептической язвы тощей кишки, составляют по Юнгерману 20%, Фридману 34%, Оглоблину 18%. Пептическая язва тощей кишки возникает через различное время после операций—от нескольких дней до многих лет. Чаще всего пептическая язва тощей кишки возникает в случаях операций, произведенных по поводу язвы 12-перстной кишки привратника или привратниковой части.

Чрезвычайно характерны для пептической язвы тощей кишки высокие цифры кислотности, лестничный тип кривой и изменение локализаций болей—бывшие вначале справа или в эпигастриальной части они перемещаются влево и вверх от пупка. С другой стороны, необходимо отметить ряд случаев пептической язвы тощей кишки, где ни секреция, ни болевая точка не дают возможности предполагать пептическую язву тощей кишки и только на операции или на секции обнаруживается латентное течение пептической язвы тощей кишки.

Пептическую язву тощей кишки необходимо дифференцировать, как указывает Майзель, от *circulus vitiosus*, рецидивов язвы желудка, гастроэнтеростомического симптомокомплекса. Характер произведенной операции, по Майзелю, позволяет иметь в перспективе это грозное осложнение. В наших случаях, на основании характера, длительности и локализации болей—слева от пупка, высоких цифр кислотности, рентгеновской картины, болезненности в области отводящей петли кишок ниже в области *jejunum* предполагалась пептическая язва тощей кишки. В 2 сл. рецидив возник через 3 года, в 2 др. сл.—через полтора—три месяца.

3) *Рецидивы язв и возникновение новых*. Боли после операций при рецидиве язв, возникновение новой и незаживление старой или совершенно не прекращаются, или возобновляются с той же силой через тот или иной промежуток времени. Рентгеновская картина подтверждает возврат старой язвы или возникновение новой. В наших случаях периоды хорошего состояния длились до 3 х лет, возобновляясь с той же силой. Секреция в ряде случаев была повышена, в 4 случаях имелись нормальные цифры. В 2 случаях мы имели *stenosis pylori* и не работающий анастомоз.

По Оглоблину рецидивы язв наблюдались в 40—50%.

4) *Спаечные процессы*. Большую группу осложнений представляют спаечные процессы. Значительная часть авторов (Спасокукоцкий,

Молодая, Оглоблин, Маршевский) думает, что большинство неудовлетворительных результатов операций на желудке нужно отнести за счет спаек. И, действительно, если мы просмотрим рентгеновские картины оперированных желудков наших больных, то, за малым исключением, у значительного количества больных найдем те или иные указания на спаечные процессы. Весь вопрос заключается в том, насколько велика их доля участия в клинической картине осложнений. Вопрос этот является спорным и мы не пытаемся его решить. Спаечные процессы довольно часто ведут к полной или частичной непроходимости кишечника, наступающей обычно, через короткий промежуток времени после операции.

5) *Circulus vitiosus chronicus*.

Circulus vitiosus chronicus — осложнение, которое наступает или в ближайшие же дни после операции, или через довольно продолжительное время после операции. Сущность данного осложнения заключается в том, что под влиянием механических моментов (техническая погрешность) желудочное содержимое из желудка попадает в приводящую часть кишечника и там создается *circulus vitiosus*.

Картина острого *circulus vitiosus* терапевтам мало знакома, с хронической же формой этого осложнения терапевтам приходится встречаться. Рентгеноскопически обнаруживается застой контрастной массы в 12 перстной кишке и расширение приводящей части *jejuni*. Самой частой причиной *circulus vitiosus* является образование т. н. шпоры. Клинически хронический *circulus vitiosus* проявляется частыми рвотами (не всегда), диспептическими явлениями, болями в верхнем отделе живота, усиливающимся после введения обильной пищи.

Истории болезни.

Случай 17. Больной Д. — 40 лет, служащий, поступил в клинику с жалобами на боль в подложечной области после еды, тяжесть, изжогу. С 1911 г. сначала тупые, а затем острые боли в подложечной области после еды, отрыжка, изжога. Длительные светлые промежутки. В 1913 г. операция г. э. После операции острые боли прошли. Желудочный сок натошак 170 к. с., кислотность 62/52. Рентгеноскопия желудка: желудок ортотонический, с нормопрестальтикой. Опорожнение через искусственный анастомоз. Работа анастомоза удовлетворительная. Подвижность неограничена. Диагноз: г. э. симптомокомплекс.

Случай 15. Больной З. — 34 лет, болен 18 лет, периодически острые боли справа от средней линии, по середине между *proc. xiphoides* и пупком, изжога. В 1929 г. операция г. э. 1½ месяца чувствовал себя хорошо, а затем боли возобновились с той же силой. Объективно: резкая болезненность слева от пупка, положительная скрытая кровь в кале, рвоты. Желудочный сок 90/60. Рентгеноскопия в области *jejuni* — ниша. Диагноз — *ulcus pepticum jejuni, periduodenitis* (операция подтвердила диагноз).

Случай 4 й. Больной О. — 34 лет, рабочий. 5 лет периодически режущие боли в подложечной области, через 3 часа после еды. В марте 1932 г. операция г. э. Хорошее состояние 7 месяцев, а затем боли возобновились с той же силой. Объективно: *defense* и болезненность в подложечной области. Жел. сок натошак 110 к. Кисл. 100/80. Рентгеноскопия: желудок деформирован, приподнят, улиткообразной формы, на малой кривизне зубчатость. Диагноз: рецидив язвы желудка.

Случай 46. Больной С. — 44 л., колхозник. Поступил в клинику по поводу острых болей в подложечной области и в правом подреберьи. Боль наступает со вздутием живота через 1—1½ часа после еды, усиливается от движения и физических напряжений. Считает себя больным 16 лет. 16 лет н. операция г. э. 10 лет чувствует себя хорошо, поносы, сменяющиеся запорами. Объективно: живот вздут, болезненность в *epigastrium* и в левом подреберьи. Скрытая кровь +. Натошак

в желудке остатки пищи. После завтрака к 72/28. Рентгеноскопия: при обычном просвечивании видны значительно раздутые петли кишок, после приема нескольких глотков контрастной массы виден значительно смещенный и приподнятый вправо желудок. Резкий спазм в области pylori, а также и анастомоза, расположенного кзади, к средней трети к большой кривизне. Через несколько минут отдельные небольшие порции проходят через анастомоз, образуя нишеподобный выступ. Подвижность резко ограничена. Диагноз: Perivisceritis, ulcus pept. jejuni.

Случай 21-й. Больной М.—46 л., учитель. Болен 8 лет. Острые, режущие боли в гипогастрии через 2 часа после еды. Частая рвота непереваренной пищей, два раза каловая рвота. Поносы. В 1927 г. операция г. э. 3 года хорошее состояние, а затем боли возобновились. Жел. сок натошак 250 к. с., остатки непереваренной пищи. Кислотность 92/12. Микроскопически: слизь, ядра лейкоцитов, мышечные и растительные волокна, крахмал, дрожжи, нейтралжир. Рентгеноскопия: Fistula gastro-jejuno-colica.

Выводы.

1. При осложнениях после г. э.—кислотность желудочного содержимого в большинстве случаев повышена.
2. Забрасывание дуоденального содержимого играет незначительную роль в осреднении кислого содержимого желудка.
3. Медленное выделение нейтрального рвота, несмотря на высокие цифры кислотности, говорит за гастрические явления.
4. „Гастроэнтеростомический симптомокомплекс“ является выражением обострения гастрита.
5. % milgr хлоридов в крови оперированных больных повышен.
6. Количество ксантопротеина в крови у оперированных больных повышено.
7. Излишний радикализм в питании оперированных на желудке больных (ранний переход на грубую пищу) увеличивает процент послеоперационных осложнений.
8. В значительном проценте случаев т. н. г. э. симптомокомплекс поддерживается наличием искусственного анастомоза и единственным методом лечения в данном случае является дегастроэнтеростомия.

Из Госпитальной Хирургической клиники Казанского госуд. медицинского института имени Ленина (Директор проф. В. Л. Боголюбов).

К клинике перфоративной язвы желудка.

Асс. П. А. Гулевич.

Перфоративная язва желудка, бывшая лет 15—20 тому назад относительно редкостью, в наши дни становится все более частым явлением в работе хирурга. Для подтверждения этого достаточно указать, что число случаев перф. язвы желудка, опубликованных в одной только русской литературе, превысило далеко за 1000, причем чуть ли не каждый день цифра эта нарастает.

Несмотря, однако, на значительность накопленного материала, мы не можем сказать, что настало время для окончательного подведения итогов и разрешения спорных вопросов, в изобилии накопившихся около этого заболевания.