

Пилоропластика совместно с duodenojejunostomíей при суженных привратнике и желудочно-кишечном соустье.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете
10 мая 1923 года).

С. А. Флерова.

Больной Р. 32 лет. Занятие—хлебопашество. Переведен из Терапевтической Клиники проф. Н. К. Горяева 3/IV тек. г. Считает себя больным 15 лет. Вначале были боли, наступавшие чрез 1—2 часа после еды, продолжавшиеся по 2—3 недели и затем прекращавшиеся на 1½ года и больше, а также отрыжка и изжога. В 1917 году один раз была рвота с кровью. 4 года тому назад резкое ухудшение, боли сделались сильными, постоянными. Один раз был дегтеобразный стул. Поставлен диагноз—*ulcus duodeni*, и в 1919 году больному произведена была проф. А. В. Вишневским *gastroenterostomia retrocolica posterior*. После операции боли прекратились, самочувствие улучшилось, больной стал принимать обычную пищу. Такое состояние длилось 1½ года, а затем снова появились боли, которые приняли вскоре постоянный характер, не прекращаясь ни днем, ни ночью, и натощак, и после еды. Незадолго до поступления в Клинику у больного был дегтеобразный стул. Р. перенес гоноррею и сыпной тиф. Женат, имеет троих детей. Выкидышей у жены не было. Алкоголь употреблял умеренно.

Больной среднего роста, ослабленного питания. Кожа и слизистые—анемичны. Сердце нормально. Правая легочная верхушка несколько понижена. Нижняя граница желудка после еды—на один палец ниже пупка. Шум плеска чрез 1½ часа после еды. Желудочный сок: натощак 60 к. с. мутноватой, без запаха, жидкости; своб. HCl—30, ОК—38. После пробного завтрака Ewald'a добыто 90 к. с. жидкости кислого запаха; своб. HCl—45, ОК—53; реакция на кровь отрицательная.

27/IV проф. А. В. Вишневским произведена под хлороформом лапаротомия. Место бывшего соустья сильно окутано спайками; на этом месте прощупывается опухолевидное утолщение. На привратнике белый звездчатый рубец. Желудок и, особенно, *duodenum* колоссально расширены. Привратник разрезан вдоль, причем обнаружилось, что его просвет с трудом пропускал ветвь хирургических ножниц. Язва привратника оказалась зажившей. Края разреза сшиты

по принципу пилоропластики. После этого произведен анастомоз между средней частью расширенной *duodeni* и *jejuni*.

Послеоперационное течение гладкое. Мучившие больного боли прошли. Самочувствие вполне хорошее. Выписался здоровым.

Экзквизитность представляемого нами случая заключается в том, что у данного больного одновременно имелись две относительных непроходимости,—одна в привратнике, а другая в месте желудочно-кишечного соустья. Весь процесс следует представить себе таким образом: язва привратниковой области, после произведенной 4 года тому назад гастроэнтеростомии, зажила рубцом, который, в свою очередь, сузил привратник; за это время,—вероятно, года 2 $\frac{1}{2}$ тому назад,—развилась другая пептическая язва с локализацией как раз возле желудочно-кишечного соустья; эта последняя язва, благодаря инфильтрату и обильному развитию вокруг нее соединительной ткани, дала ту разновидность пептической язвы, которая известна под названием *ulcus-tumor*; в результате соединительная ткань сузила подходящие к месту соустья оба колена *jejuni* и тем самым создала значительное препятствие к опорожнению как желудка, так и *duodeni*. Оба эти органа оказались резко расширенными.

Вопрос о патогенезе пептических язв представляет из себя обширную цепь, в которой еще не все звенья собраны, и одним из таких звеньев здесь является, между прочим, щелочное содержание *duodeni* с его попаданием или непопаданием в желудок, что видно хотя-бы из недавнего сообщения Вавсоек'а и экспериментов Ехалто.

Но в нашем кратком сообщении мы хотели-бы обратить преимущественное внимание только на *duodenum* с ее относительной непроходимостью и осветить этот вопрос постольку, поскольку он был освещен на прошлогодней сессии Американского Медицинского Общества в St.-Louis.

Здесь мы должны указать на эксперименты Dragstedt'a, Mathew и Pilcher'a, которые у животных, произведя гастроэнтероанастомоз и перевязав привратник, вшивали нижний конец *duodeni* в кожный разрез между волокнами *m. recti abdominis*. Животные быстро погибали при явлениях токсэмии, хотя на вскрытии, кроме легкого растяжения *duodeni*, все, оказывалось, было нормально. Но, если экспериментаторы вставляли чрез рану в *duodenum* резиновую трубку, то растяжения *duodeni* не получалось, и животные выживали. Отсюда они сделали вывод, что *duodenum* не выносит даже и такого препятствия, какое представляет собою искусственный мышечный сфинктер из прямой мышцы. Такие же

результаты получились у Dragstedt'a при самой легкой перетяжке duodeni резиновой лентой. Исходя из этих опытов, мы вправе, следовательно, заключить, что и у человека, соответственно бесчисленным градациям обструкции duodeni, могут существовать налицо и бесчисленные степени субъективных растройств.

Другой из упомянутых авторов, Werelius, не производил гастроэнтероанастомоза, а просто перевязывал duodenum в двух местах, причем получал быструю смерть животных, — безразлично, дренировал он этот участок кишки, или нет.

Исходя из своих опытов, Dragstedt считал причиной смерти животных токсэмию, а Werelius — недостаточность печени, так как всегда наблюдал у животных прекращение отделения желчи и другие чисто-химические проявления недостаточности печеночной деятельности. Эти два различные взгляда примирил на С'езде Brooks, допускавший возможность простой последовательности явлений — в том смысле, что сначала интоксикация, а затем, на почве последней, печеночная несостоятельность, которая уже и вызывает летальный исход.

Далее Werelius отмечает, что с момента наступления непроходимости кишечника вся ниже лежащая часть последнего переходила в аперистальтическое состояние, и чем больше, в смысле длины, была эта часть, тем меньше была продолжительность жизни опытных животных. Отсюда вывод: чем выше кишечная обструкция, тем больше опасность.

Учитывая выводы из работ приведенных авторов и применяя их к нашему случаю, мы вправе были ожидать, что, если-бы данного больного оставить без операции, то у него постепенно развились-бы явления высокой интестинальной обструкции, вплоть, может быть, и до печеночной несостоятельности. А потому оперативный подход проф. А. В. Вишневского к данному случаю, заключавшийся в восстановлении нормальной кишечной проходимости посредством пилоропластики и, одновременно, применения редкой операции duodenojejunosomiaе, явился как нельзя более показанным и продуктивным по результату.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Dragstedt. Journal of the Amer. M. Assoc., 1922, Aug.—
 - 2) Babcock. Surgery, Gyn. and Obst., 1922, Apr.—
 - 3) Paug. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir., 1910.
-