

К вопросу о дегастроэнтеростомии¹⁾.

Прив.-доц. С. А. Флерова.

Вопрос о раз'единении желудочно-кишечного соустья является в настоящее время злободневным, а потому позволим себе высказаться по этому вопросу и привести, в качестве иллюстрации, следующий случай, наблюдавшийся в нашей клинике:

Больной И. С., рабочий, 30 лет, жалуется на желудочно-кишечные расстройства, существующие у него пять лет. Год тому назад ему участковым врачом была произведена задняя Г.-Э. с длинной петлей по поводу предполагавшейся язвы выхода желудка. После операции наступило облегчение: бывшие в подложечной области боли, исчезавшие при лежании, прошли, запоры, раньше упорные, теперь стали наблюдаться лишь изредка. Однако через 8 месяцев все прежние жалобы вернулись, после чего больной обратился в нашу клинику. У нас с помощью аускультации желудка по Rumpelguy и при рентгеновском просвечивании у больного были обнаружены значительное опущение и расширение желудка. Большая кривизна находилась почти у входа в малый таз. Желудочный сок оказался нормален.

27/1 27 г. проф. А. В. Вишневским под местной инфльтрационно-брыжеечной анестезией произведена лапаротомия. Спаек в животе не оказалось. Соустье в надлежащем месте и хорошо проходимо. Стеноза привратника нет. Никаких признаков язвы, или рубца, не обнаружено. Желудок сильно удлиннен и расширен, его стенки вялы. Произведена обширная резекция желудка по Billroth I, причем соустье предварительно отсечено вместе с примыкающим к нему небольшим сектором желудка; образовавшиеся отверстия в кишке и желудке зашиты. Через 4 месяца после операции больной приехал показаться. Самочувствие его хорошее, границы желудка нормальны.

Итак у данного больного первая операция, сделанная ему участковым врачом, Г. - Э., была произведена при наличии не распознанного гастро-колоптоза. Существовала-ли у него в то время, кроме того, и круглая язва желудка или 12-перстной кишки, конечно с уверенностью сказать нельзя, но в этом приходится сомневаться, так как никаких следов язвы не осталось. Поэтому приходится допустить, что в первый раз больному было сделано то, чего не нужно было делать,—не нужно было при гастроэктазии и гастроптозе производить Г.-Э. между тем, как по поводу самого гастроптоза не было сделано ничего.

Но раз нам пришлось считаться с уже совершившимся фактом, то на нас легла обязанность не только исправить данную ошибку, но и выработать линию поведения для подобных случаев и в дальнейшем, ибо надо думать, что данный факт—далеко не единичное и исключительное явление.

Итак рассмотрим по порядку те различные случаи, где мы будем вынуждены произвести разобщение анастомоза между желудком и тощей

¹⁾ Сообщено в Хирургич. секции О-ва Врачей при Казанск. У-те 2/III 27 г.

кишкой. В зависимости от особенностей случая и др. обстоятельств и способ нашего поведения должен быть различен.

Для приведенного случая, повидимому, наиболее целесообразным явился именно способ, примененный в нашей клинике: большой одновременно избавился и от ненужного ему соустья, и от опущения и расширения желудка. Восстановление связи между культей желудка и 12-перстной кишкой по Billroth'y I является операцией более физиологичной, чем другие комбинации. Риск этой операции невелик, если применить местную инфильтрационную анестезию,—в связи, конечно, с соответствующей техникой самой операции, надлежащей подготовкой и уходом. Резекция желудка при сильном опущении, т. е., иначе говоря, при сильном удлинении его, является вмешательством более надежным, чем совсем еще безупречная по своим отдаленным результатам операция гастропексии.

Гораздо сложнее будет обстоять дело, если при вторичной операции мы найдем пептическую язву тощей кишки, кроме той язвы, или оставшегося рубцового сужения выхода желудка, ради которых и была произведена Г.-Э. В этом случае наиболее показанными явятся: разобщение анастомоза плюс резекция язвенного участка тощей кишки и сшивание между собой концов последней плюс резекция желудка по Billroth'y I. В некоторых случаях может быть выполнено и менее травматическое вмешательство,—после резекции места анастомоза не резекция желудка, а пилоропластика. Можно ли в таком случае, не прибегая совсем к резекциям желудка и кишки, обойтись операцией Вабска-Богораз, т. е. сделать соустье между желчным пузырем и желудком, пока сказать нельзя, так как наблюдения авторов по поводу этой молодой операции еще недостаточно многочисленны.

За то мы совершенно не можем согласиться со способом, применяемым в подобных случаях Finsterer'ом. Последний производит две резекции—язвенного участка подшитой к желудку кавечной петли и самого желудка, после чего зашивает верхние концы duodeni и дистального отрезка jejunum; затем дистальный отрезок jejunum он соединяет с желудком, по принципу конец желудка вбок кишки, а проксимальный отрезок jejunum соединяет, несколько ниже, с подшитым к желудку дистальным отрезком, по принципу конец вбок. В результате получается игрекообразный анастомоз по Roux, от которого и сам Roux отказался, так как здесь слишком велики шансы для того, чтобы пептическая язва jejunum образовалась снова,—здесь как раз создаются те условия, которые в моих экспериментах на собаках давали возникновение искусственных хронических язв jejunum, а Mann'y, совместно с Williamson'ом,—хронических язв ilei, duodeni и желудка. Объяснение этому простое: желчь, а главным образом панкреатический сок, не в состоянии при этом забрасываться в желудок и нейтрализовать в нем избыток кислоты и пепсина.

Могут, далее, представиться случаи, где ни круглой язвы, ни сужения выхода из желудка нет, как нет и гастроптоза. В подобных случаях, очевидно, показания к Г.-Э. были поставлены ошибочно, и желудок вообще не нуждался в услугах оператора. Необходимо в подобных случаях раз'единить ненужный анастомоз и поискать другой причины субъективных жалоб со стороны больного.

Причиной расстройств после Г.-Э., сделанной по правильным показаниям, могут быть разнообразные дефекты в области соустья, зависящие

от неправильной техники, или несчастливо сложившегося рубцевания. Тогда могут выступить на сцену исправляющие мероприятия, вроде рассечения спаек, устранения странгуляции кишки в mesocolon'e, придания отводящему колену более правильного положения и т. д. Если такие дефекты устранены надежно, то этим можно и ограничиться; в случае же сомнений полезным добавлением может служить пилоропластика. Эта простая операция дает хорошую возможность желудку опорожняться, а желудочному соку—лучше нейтрализоваться при помощи Павловского-Болдыревского дуоденального забрасывания, чем чрез Г.-Э. отверстие.

Несколько слов еще относительно техники раз'единения анастомоза. В клинике бр. Мауо, по словам Baifouga, это производится следующим образом: сзади от анастомоза проходят пальцем чрез mesocolon transversum, отделяют от последнего соустье, вытягивают чрез отверстие желудок и накладывают на последний клемму; клеммы кладут также на приводящее и отводящее колена jejuni; после этого крепкими ножницами разделяют анастомоз, держа линию рассечения слегка в сторону желудка; наконец, накладываются швы на желудок и на отверстие в кишке. Подобную технику у нас в России недавно рекомендовал д-р Успенский. Такая же техника была применена и у нашего больного.

Во всяком случае нужно сказать, что распутать клубок гораздо труднее, чем его завутать. Трехчасовые операции, как бы они ни были хорошо продуманы и выполнены, все же не в интересах ни хирурга, ни, тем более, самого больного. У нас, правда, такие операции пока единичны, но, напр., в клинике Мауо количество дегастроэнтеростомий достигло к 1925 году цифры в 343 случая. Поэтому является желательным, чтобы хирурги избегали ненужных Г.-Э.,—иначе мы, принося больному вред, можем дискредитировать и самую Г.-Э., дискредитировать и хирургию вообще.

Встает, следовательно, вопрос о профилактике наших хирургических ошибок в этой области.

В прошлом году проф. Vier, не найдя при операции предполагаемого почечного заболевания, обратился к аудитории, полушутя, со следующими словами: „Когда хирург оперирует по поводу язвы желудка и таковой не находит, он делает Г. Э.; когда же оперирует по поводу почечного заболевания и такового не обнаруживает, то делает декапсуляцию“. О бесполезных и даже вредных операциях на желудке упоминает Babcock. Deaver высказывается против неумеренного пользования Г.-Э. в тех случаях, когда язва не может быть продемонстрирована, так как это дает расстройство дигестивной функции. Nabergel предостерегает пользоваться Г.-Э. в тех случаях, когда при операции мы язвы не находим. Sn. Мауо говорит: „Мы имели дело с несколькими сотнями случаев, где Г.-Э. была произведена на основании лишь одних симптомов, так как присутствие язвы не было доказано... Хирурги часто производят эту операцию,—говорит далее он,—хотя язвы не имеется, а имеются гастрические расстройства, обязанные своим происхождением пилороспазму, вызванному заболеванием аппендикса, более часто—заболеванием желчного пузыря, реже—заболеванием поджелудочной железы“. W. Мауо заявляет: „Мы в своей клинике произвели несколько сот ненужных Г.-Э.“ Позволю привести еще мнение Rauchet, который говорит, что, если язву нельзя видеть и ощупать, нужно искать изменений в других органах живота, а

если и там ничего не окажется, — зашить живот. „В хирургических больницах, — говорит он, — уже накануне операции висит объявление: „Г.-Э.“, без диагноза. Во время операции хирург, после беглого осмотра, не найдя изменений, объявляет: „желудок опоражнивается плохо, есть спазм привратника, слизистая кровоточит, duodenum расширена, дренаж желудка облегчит больного, Г.-Э. показана“.

Вот краткая иллюстрация того, чему участниками и свидетелями были наши мировые хирурги. То, что осознали они, должно войти в сознание и каждого хирурга. Что касается нашей клиники, то проф. А. В. Вишневский всегда был осторожен в выборе случаев для Г.-Э. и, если ему приходилось делать последнюю при видимом как-бы отсутствии язвы, то только чрезвычайно редко и по особым, исключительным показаниям (повторные кровотечения).

Теперь спрашивается, в каких же случаях Г.-Э. является противопоказанной? Противопоказанной она является прежде всего при гастроптозе. При последнем подшитая кишечная петля своим весом усиливает птоз, а желудок, благодаря своей чрезмерной подвижности, производит на подшитую петлю натяжение, вызывает перегибы и стеноз (Sternberg).

Противопоказанной Г.-Э. должна считаться и при недостаточной деятельности поджелудочной железы вследствие заболеваний последней, когда поджелудочная железа не в состоянии вырабатывать достаточное количество щелочи и трипсина, дабы, забрасывая их чрез соустье в желудок, нейтрализовать там избыток кислоты и пепсина. В этом случае ни Г.-Э, ни другая какая-нибудь операция на желудке не помогут, — здесь нужно лечить поджелудочную железу, т. е. устранить аппендицит, холедохит и др. фокусы инфекции (С. Флеров).

Далее, Г.-Э. противопоказана в тех случаях, когда язва при операции не констатируется. Иногда хирурги, найдя перигастритические спайки, приходят к далеко не всегда правильному заключению, что эти - то спайки и суть результат невидимой и неосязаемой язвы. Но мы знаем, что перигастрит может быть результатом воспаления аппендикса, желчных путей, а иногда и просто результатом гастрита. Гастрит же, хотя и является почти постоянным спутником язвы, но, конечно, может быть и без наличия последней. Doberger в 1924 г. опубликовал 142 случая резекции желудка по поводу предполагавшейся язвы; все эти случаи без исключения были с перигастритом. причем оказалось, что только в 89 из них были найдена круглая язва, в остальных же 53 случаях язвы не найдено, а оказался гастрит, который и повел к перигастриту.

Не находят язвы при операции и тогда, когда топический диагноз был поставлен неправильно, когда, при субъективных ощущениях в области желудка, самый болезненный процесс находится где-либо в другом месте. Raucher по этому поводу говорит: „Хирург, который собирается оперировать по поводу язвы желудка, должен помнить, что на 10 больных, жалующихся на желудочные расстройства, может быть, найдется только один, который действительно одержим язвой, девять же представляют simplement des frubles reflexes.“. Г.-Э. не поможет, затем, если желудок вследствие растяжения и истончения стенок превратился в маложизненный вялый мешок, причем условия гидродинамики, т. е. направления струи содержимого (вихревой нити в гидродинамике), изменились во вредную

для стенок его стороны. В этих случаях показана резекция желудка (С. Флеров), что в нашей клинике и применяется с успехом проф. А. В. Вишневским.

Проф. А. В. Вишневский всегда был противником выключения привратника, а в последнее время сделал и дальнейший логический шаг, считая, что при сужении привратника Г.-Э. вообще не показана.

Моя работа по патогенезу круглой язвы вполне подтверждает такое мнение. Дело в том, что при сужении привратника не всегда, очевидно, можно рассчитывать на правильность забрасывания дуоденальных соков в желудок чрез соустье. Отсюда возникновение новой язвы—в jejunum. Одним из выводов моей диссертации является следующий: „Рациональным представляется при круглой язве не закрывать привратник, а открывать, т. е. прибегать в соответствующих случаях не к выключению привратника, а, напр., к пилоропластике“. Мотив здесь тот, что при выключении привратника нередко наблюдается возникновение вторичных, пептических язв jejunum (Ch. Mayo, Haberer, Hütten и др.). А если привратник выключен, хотя бы и неполно, патологическим процессом (рубец, перигиб), условия для возникновения пептической язвы jejunum будут после Г.-Э., приблизительно, те же, как и при искусственном выключении привратника. В таком случае, если и позволительно делать Г.-Э., то не одну, а вместе с пилоропластикой, дабы дуоденальное забрасывание совершалось, если не через соустье, то чрез привратник.

Таким образом по отношению к желудочным операциям вообще и к Г.-Э. в частности необходим подход более осторожный и осмысленный. Отсутствие такого подхода и повело к тому, что в настоящее время возникла как-бы новая „болезнь“—„Gastroenterostomiekrankheit“. Во избежание ее „эпидемического“ распространения настоящее наше сообщение и имеет своей задачей посылить наметить схему и лечения, и профилактики против этой, во всяком случае, нежелательной „болезни“.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Богораз. Вр. Дело, 1924, № 11—12.—2) Болдырев. Рус. Вр., 1911, № 51.—3) Иозефович. Вр. Дело, 1927, № 3.—4) Павлов. Лекции о работе главн. пищеварит. органов. 1917.—5) Покотило. Рус. Кл., 1927.—6) С. Флеров. Каз. Мед. Журн., 1925, № 3, и диссертация, Казань, 1925.—7) Austermann. Ann. of surg., 1921.—8) Balfour. Ann. of surg., 1925.—9) Babcock. Ref. Surg., Gyn. and Obst., 1922.—10) Bolton and Goodhart. Lancet, 1922.—11) Finsterer. Die Methoden d. Localanästhesie. 1923.—12) Haberer. Surg. Gyn. and Obst., 1924.—13) W. Mayo. J. A. M. A., 1922.—14) Ch. Mayo. Ann. of surg., 1921.—15) Pauchet. Presse méd., 1925.—16) Sternberg. Zbl. f. Chir., 1927.—17) De Takats and Mann. Ann. of surg., 1927.—18) Walton. Brit. journ. of surg., 1915.