В. А. МАЛХАСЯН

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В СВЕТЕ ФУНКЦИИ СОУСТЬЯ

Постоянное обсуждение техники резекции желудка со времени возникновения этой операции и изучение ее ближайших и отдаленных результатов говорит о неудовлетворенности хирургов существующими методами этой операции. Затруднения опорожнения из желудочной культи и недостаточность швов дуоденальной являются важнейшими осложнениями, омрачающими ближайшие исходы резекции по второму способу Бильрота, и зависят в большой степени от функции созданного соустья.

Не менее важна роль соустья в возникновении различных патологических проявлений, наблюдаемых в отдаленные сроки после операции.

С 1954 г. нами наряду с резекцией по Гофмейстер-Финстереру стала применяться разработанная в клинике модификация, сущность которой заключается в наложении соустья по большой кривизне желудочной культи в изоперистальтическом направлении после зашивания всего просвета оральной раны. Техника и обоснование этой операции описаны в некоторых из наших прежних работ [1, 2].

Сравнительное изучение результатов 100 резекций по этой методике и 107 резекций по Гофмейстер-Финстереру в послеоперационном периоде подтвердили целесообразность предлагаемой модификации. Так, затруднения эвакуации из желудочной культи наблюдались в 24,2% после резекции по Гофмейстер-Финстереру и в 10% наблюдений после резекции с нижним соустьем (так названа разрабатываемая нами модификация).

Важнейшими факторами снижения частоты этого осложнения при нашей методике мы считаем расположение соустья в наиболее низкой точке желудочной культи (у вершины ее конуса), строгую изоперистальтичность соустья и устранение условий для образования шпоры у отводящей петли, которая ведет к сужению выхода в эту петлю (истинную или функциональную стому). Эти факторы приобретают особое значение в связи с атонией и акинезией желудочной культи, как правило развивающейся вслед за резекцией желудка.

Другое грозное осложнение после резекции по второму способу Бильрота — недостаточность швов дуоденальной культи — наступило в 3,39% наблюдений по обеим группам операций в сумме. Но, если после резекций по Гофмейстер-Финстереру оно встретилось в 5,6% наблюдений, то после резекции с нижним соустьем только в 1%.

Мы считаем, что в патогенезе этого осложнения наряду с некоторыми другими факторами важная роль принадлежит затруднению опо-

рождения содержимого из двенадцатиперстной кишки и приводящего колена анастомоза. В самом деле, из семи случаев недостаточности дуоденальной культи в четырех причиной ее послужили затруднения опорожнения. Обеспечение свободной эвакуации после резекции с нижним соустьем явилось профилактикой недостаточности швов культи, позволившей снизить ее процент до единицы.

Таким образом, эти два показателя — 10% затруднений эвакуации против 24,2% и 1% недостаточности швов дуоденальной культи против 5,6% — в достаточной степени обосновывают более благоприятное послеоперационное течение после резекции с нижним соустьем.

Следует указать, что по литературным данным, обобщающим в сумме многотысячный материал, средняя частота затруднений эвакуации после резекций в различных модификациях (выведена нами) составляет 26,3%. Средняя частота недостаточности швов по различным данным колеблется в пределах 2 и 3%, возрастая при резекциях по поводу дуоденальных язв до 5,6%.

С целью изучения отдаленных результатов резекции нами обследовано 109 больных в различные сроки: до 6 месяцев — 6 человек, до года — 14 чел., от второго до пятого года — 75 чел., от пятого до десятого года — 14 человек. Таким образом, основное число больных — 81,6% — изучено в сроки от второго до десятого года после резекции.

Этих сроков вполне достаточно для установления окончательных результатов, которые выявляются по С. С. Юдину [7]: «всегда в течение первого года, обычно даже в первые шесть месяцев». По данным ряда авторов (С. А. Зарубин [3], В. И. Сазанов [4], У. Краузе, (U. Krause) [5]), с течением времени результаты операции еще более улучшаются.

65 человек из 109 обследованных перенесли резекцию с нижним соустьем и 44 — резекцию по Гофмейстер-Финстереру.

Оценивая результаты операции, мы не основывались на субъективной оценке данной своему состоянию самим больным, ибо во многих случаях она не соответствует истинному положению вещей. Оценка результата операции нами ставилась лишь при объективном учете жалоб и патологических проявлений, имеющих в каждом конкретном наблюдении. Так, плохую оценку своему состоянию дали больные в 3,8% случаев, в то время как мы оценили результат операции как плохой в 10,5%, удовлетворительных оценок было 31,7% и 33,6%, хороших — 57,6% и 29,8%, отличных — 6,7% и 25,9% соответственно.

Какой-либо выраженной зависимости результата операции от первичного диагноза (локализация язвенного процесса в желудке, в двенадцатиперстной кишке, пилородуоденальная стриктура и т. д.) или возраста больных мы не обнаружили. В зависимости от метода операции имелось небольшое преобладание отличных результатов после резекции с нижним соустьем (30,1%) перед резекцией по Гофмейстер-Финстереру (19,1%). Плохих результатов было соответственно 8,0% и 11,9%.

Важным критерием успешности операции является состояние трудоспособности, что на нашем материале дало следующую картину: выполняют прежнюю работу — 54,8% обследованных, перешли на более тяжелую — 6,7%, на более легкую — 19,2%, перешли на инвалидность — 1,9%, не работают по другим причинам — 19,3%. Эти данные мало чем отличаются от приводимых в литературе.

То же самое можно сказать об изменениях кислотности желудочного сока после резекции как с нижним соустьем, так и по Гофмейстер-Финстереру. В указанных группах больных произведено нами 249 анализов желудочного сока; из них — 127 до операции и 128 — после нее (у ряда больных, оперированных по срочным показаниям, обследование до операции не производилось). Сравнительное изучение данных этих анализов показало развитие стойкой ахлоргидрии в 79,1% наблюдений. По данным А. Е. Петровой [6], ахлоргидрия наблюдается в 76% наблюдений, А. С. Зарубина [3] — в 87%, Е. И. Гуляевой [8] — в 74% и т. д. Мы не могли установить зависимость между высотой кислотности и объемом резекции из-за ничтожного числа экономных резекций (5,2%). Точно так же нами не установлена зависимость сохранения кислотности от рефлюкса желудочного содержимого в приводящую петлю, что изучено у 12 обследованных.

Форма культи желудка, моторно-эвакуаторная функция соустья, изменения, наступающие в культе и отводящей петле, изучались нами рентгенологическим методом. Методика рентгенообследования была обычной. Всего произведено 344 рентгенообследования, из коих 171 больному до операции; в течение первого месяца, точнее, первых двух недель после операции, обследовано 98 человек и в отдаленные сроки — 75 человек. Таким образом, наши суждения основывались на 173 обследованиях послеоперационного желудка. В это число не вошло третье и четвертое обследование, произведенное многим больным.

Форме культи некоторые авторы придают большое значение. Так, С. М. Рубашов [9] считает, что удлиненная культя обеспечивает лучшее функционирование. В этом отношении резекция желудка с нижним соустьем превосходит резекцию по Гофмейстер-Финстереру: коническую или воронкообразную форму культи мы наблюдали в 77% случаев, тогда как С. А. Зарубин на большом материале резекций по Гофмейстер-Финстереру встретил ее в 35,6%.

Затекание (рефлюкс) в приводящую петлю — явление нежелательное по многим причинам, и в частности, из-за возникновения при нем тяжелых ощущений и даже нервно-вегетативных симптомов у больных.

Как показывают наблюдения других авторов (С. Я. Аршба [10], М. П. Федюшин [11], А. А. Бусалов [12], С. А. Зарубин [3], Х. Ш. Марголис [13] и др.), даже методика Гофмейстер-Финстерера, призванная предотвратить рефлюкс в приводящую петлю созданием шпоры, не свободна от этого недостатка.

Причиной рефлюкса является сочетание нескольких факторов: моторная недостаточность приводящей петли, антиперистальтическое рас-

положение соустья, его восходящее положение, или такое, при котором отверстие приводящей петли находится на одном уровне, или чуть выше отверстия отводящей. По нашим данным, нашедшим полное подтверждение и на материале Х. Ш. Марголиса [13], с течением времени культя желудка, созданная по Гофмейстер-Финстереру, отвисает, ставя приводящую петлю много ниже, чем было запланировано операцией. Подобное смещение мы называем послеоперационной транспозицией соустья. Нам удалось показать в ряде наблюдений, что в условиях транспозиции соустья, от рефлюкса в приводящую петлю не предохраняет ни моторная активность приводящего колена, ни шпора по Гофмейстеру.

В этом отношении нижнее соустье находится в более выгодных условиях: при транспозиции культи влево приводящая петля, расположенная левее отводящей, подымается еще выше, чем стабилизируется нисходящее положение соустья.

Обследование 18 больных, у которых непосредственно после резекции с нижним соустьем имелся рефлюкс в приводящую петлю, в более поздние сроки показало, что у 13 из них рефлюкс исчез полностью, у четырех степень его уменьшилась значительно и только у одного осталась прежней. Таким образом, если в связи с транспозицией соустья опасность рефлюкса после резекции по Гофмейстер-Финстереру увеличивается, то после резекции с нижним соустьем в перспективе имеется улучшение расположения соустья с устранением рефлюкса.

В отношении эвакуации из желудка большой разницы между двумя изучаемыми способами резекции не найдено. Как в ближайшие, так и в отдаленные сроки в подавляющем большинстве наблюдений имелась быстрая (от 5 до 15 мин.) эвакуация по типу непрерывной струи. Реже наблюдалась эвакуация непрерывно-порционная. Возможность ритмической эвакуации после резекции, когда устранен тонкий привратниковый механизм, мы исключаем (само понятие ритма подразумевает правильное чередование явлений, чего нет в отношении эвакуации из резецированного желудка).

Во времени обследования ни у одного из 109 больных не найдено явлений рецидива болезни или образования пептической язвы. Тем не менее 74 больных, то есть 67,8%, предъявили те или иные жалобы или имели патологические проявления, связанные с едой.

Чаще всего найдены диспептические явления (распирание и слабые болевые ощущения в эпигастрии, рвота, тошнота) или нервно-рефлекторные симптомы (чувство общей слабости после еды, головокружение, потение, дрожание конечностей).

Механизм возникновения этих явлений весьма сложен, и их более или менее развернутый анализ не вмещается в рамки настоящей статьи. Поэтому мы коснемся лишь тех сторон указанных явлений, которые в какой-то степени связаны с функцией соустья.

В настоящее время явления, возникающие после приема пищи у резецированного больного, относятся к так называемым постпрандиальным синдромам (от латинского *prandium* — завтрак).

Обобщающий термин «синдром малого желудка» сейчас утратил свое значение, ибо различается несколько синдромов. Часть их зависит от недостаточности желудочного резервуара, затруднений эвакуации или извращений направления эвакуации (синдромы стаза и рефлюкса), другая — от быстрого, массивного и непрерывного опорожнения (синдромы быстрой эвакуации). В основе клинической картины первой группы лежит чувство переполнения, переходящее в болевые ощущения, тошнота и рвота, к которым иногда присоединяются нервно-вегетативные симптомы (синдромы «малого желудка», приводящей петли, рефлюкса в приводящую петлю, рефлюкса в желудок). Вторая группа характеризуется в первую очередь нервно-вегетативными симптомами (общая слабость, головокружение, бледность, тремор конечностей, потение) и объясняется раздражением интерорецепторов тонкой кишки гипертоническими растворами, гемодинамическими сдвигами, гипермотильностью тощей кишки. Немаловажную роль играют гипер- и гипогликемия, возникающие вследствие быстрого всасывания сахара, поступление которого в тощую кишку здесь не регулируется так же, как и концентрация из-за исключения привратника и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, роль соустья в патогенезе постпрандиальных синдромов весьма значительна, и его дисфункция в виде ли затруднений эвакуации, извращений ее направления или быстрого, нерегулированного сброса в тощую кишку, характерная для всех модификаций второго способа Бильрота, является одной из ведущих причин в развитии послерезекционных синдромов.

Мы наблюдали почти все постпрандиальные синдромы и их сочетания у обследуемых нами больных: синдром отводящей петли — у 52 человек, диарею — у 16, гипогликемический синдром — у 4, синдром малого желудка — у 15, синдром приводящей петли — у 3, синдром рефлюкса в желудок — у 3.

В основе часто наблюдающегося дефицита веса у больных, перенесших резекцию желудка (в 49,0% по нашим данным), лежит нарушение переваривания и адсорбции, в большой степени зависящие от тех же причин, то есть недостаточности желудочного резервуара, исключения двенадцатиперстной кишки с пути прохождения пищи, быстрого продвижения ее из желудка в кишечник и затем по кишечнику. Ограничение количества пищи из-за неприятных ощущений после еды также ведет к недостаточности принимаемых больным калорий. Все вышеизложенное подчеркивает огромное значение функции соустья в определении ближайших и отдаленных результатов резекции желудка. Разрабатываемая нами модификация во многих отношениях превосходит оральные соустья, однако, будучи видоизменением второго способа Бильрота, она не свободна от некоторых недостатков, таящихся в самом принципе создания соустья этим способом.

Վ. Ա. ՄԱԼԽԱՅԱՆ

ՌԵՋԵԿՎԻԶԻ ԱՐԻՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԲԵՐԱՆԱԿՅՄԱՆ ՖՈՒՆԿՑԻՍՅՈՒՆԻ ԼՈՒՅՈՒ ՏԱԿ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ստամբուլի խոցալին հիվանդություն և քաղցկեղի ժամանակ ստամբուլի սեղեկցիան ամենատարածված օպերացիան է, բայց նա նույնպես գեպերի որոշ տոկոսում տալիս է բարդություններ մոտակա հետօպերացիոն շրջանում (ստամբուլի պարունակություն էվակուացիայի դժվարացում, 12-մասյա աղիքի ծալքատի կարերի անբավարարություն) և մի շարք պատճառներից փոփոխություններ ազելի ուշ ժամկետներում (հետօպերացիոն սինդրոմներ):

1954 թվականից մենք սկսեցինք կիրառել ստամբուլի սեղեկցիայի մեր մշակած մեթոդիկան: Այդ մեթոդիկայի ժամանակ բերանակցման ձևափոխություն նպատակը հանդիսացավ ստամբուլի էվակուատոր ֆունկցիայի լավացումը և հետօպերացիոն բարդությունների տոկոսի իջեցումը: Այդ մեթոդիկայով կատարված 100 օպերացիաների և Հոֆմելյատեր-Ֆինստերների եղանակով կատարված 107 սեղեկցիաների համեմատական ուսումնասիրությունը ցույց տվեց հետօպերացիոն ընթացքի զգալի լավացում առաջին մեթոդիկայի գեպրում: Եթե Հոֆմելյատեր-Ֆինստերների օպերացիայից հետո էվակուացիայի զրգվարացումը ստամբուլից նկատվում էր գեպերի 24,2⁰/₀-ում, ապա մեր մեթոդիկայով կատարված սեղեկցիայից հետո այն նկատվում է 10⁰/₀-ում: Համապատասխանաբար 12-մասյա աղիքի ծալքատի կարերի անբավարարությունը Հոֆմելյատեր-Ֆինստերների եղանակով կատարված սեղեկցիայից հետո նկատվում էր գեպերի 5,6⁰/₀-ում, իսկ մեր մեթոդիկայով կատարված սեղեկցիայից հետո՝ 1⁰/₀-ում: Հետագոր արդյունքներն ուսումնասիրված են 109 հիվանդների մոտ: Պարզվել է, որ մեր մշակած մեթոդիկայով կատարված սեղեկցիան հիմնական ցուցանիշներով չի գիջում Հոֆմելյատեր-Ֆինստերների սեղեկցիային, իսկ մի քանի ցուցանիշներով նույնիսկ զերազանցում է նրան:

Կալուն աքլորհիդրիա հաշանաբերվել է գեպերի 79,1⁰/₀-ում, որը համապատասխանում է այլ հեղինակների տվյալներին: Ծալքատի ամենից ազելի հաճախ կոնաձև է կամ ձաղարաձև (գեպերի 77⁰/₀-ում): Էվակուացիայի հիմնական տեսակը հանդիսանում էր անընդհատ շիթով արագ դատարկումը (5—15 րոպեում):

Այ մի հիվանդի մոտ հետազոտություն ժամանակ չի նկատվել հիվանդության կրկնում կամ բերանակցման տեղում պեպտիկ խոցի գոյացում: Բայց և այնպես վիրահատվածների 67,8⁰/₀-ը անցելում կատարված սեղեկցիայի հետ կապված տարբեր գանդատների էին ներկայացնում: Այսպես կոչված հետօպերացիան սինդրոմների պատճոհենկի մեջ կարևոր դերը պատկանում է ստամբուլի նորմալ էվակուատոր ֆունկցիայի խանգարումներին: Ինկեկցիայի ենթարկված հիվանդների պրոթյան կարևոր ցուցանիշ է հանդիսանում նրանց աշխատանակությունը: Մեր հետազոտած հիվանդների 54,8⁰/₀-ը կատարում էին նախկին աշխատանքը, 6,7⁰/₀-ը անցել էին ազելի ծանր, իսկ 19,2⁰/₀-ը ազելի թեթև աշխատանքի: Վիրահատվածների 1,9⁰/₀-ը հաշմանդամներ էին, իսկ 17,3⁰/₀-ը չէին աշխատում տարած օպերացիայի հետ կապ չունեցող պատճառներով:

Բերանակցման կարևոր դերը ստամոքսի սեղեկցիայի հիմնական բարդությունների պոթոզենեզի մեջ, ինչպես նաև սեղեկցիայի առաջարկված մեթոդիկայի առավելությունները ակնհայտ են դառնում, երբ համեմատում ենք նշված երկու ձևափոխմաներով կատարված սեղեկցիաների արդյունքները, ինչպես նաև մեր ստացած և այլ հեղինակների ավյալները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Малхасян В. А. Соустье после резекции желудка по Б. II Сборник трудов Республиканской клинической больницы, т. I, 1957, стр. 225—233.
2. Малхасян В. А. Некоторые вопросы закрытия дуоденальной культи. Там же, стр. 235—248.
3. Зарубин С. А. Отдаленные последствия резекции желудка при язвенной болезни. Дисс. (докторск.), Горький, 1951.
4. Сазонтов В. И. О нарушениях и компенсации некоторых функций органов пищеварительной системы после резекции желудка по поводу язвенной болезни. Нов. хир. арх. 5, 87—95, 1958.
5. Краузе У. Late prognosis after partial gastrectomy for ulcer. Acta. chir. Scandinav, v. 114, f. 5:341—54, 1958.
6. Петрова А. Е. Цитируется по С. С. Юдину.
7. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. Медгиз, М., 1955.
8. Гуляева Е. И. Динамика желудочной секреции у больных, оперированных по поводу язвенной болезни. В кн.: Вопросы хирургии желудка и пищевода, Горький, 1956, стр. 417—421.
9. Рубашов С. М. В монографии Кривошеев С. В. и Рубашов С. М.: Резекция желудка при язвенной болезни, Госиздат МССР, Кишинев, 1954.
10. Аршба С. Я. Клинико-экспериментальное обоснование операций резекции желудка при язвенной болезни. Автореф. дис. (докт.), Сухуми, 1956.
11. Федюшин М. П. К вопросу о форме и функции желудка после резекции. Нов. хир. арх. т. 40, кн. 3:273—87, 1938.
12. Бусалов А. А. Резекция желудка при язвенной болезни. Медгиз, М., 1951.
13. Марголис А. Ш. К механизму нарушения функции культи и анастомоза резецированного желудка. Вестник рентгенологии и радиологии, 3:84—86, 1958.