Э. Г. ХУНУЦ

К СИМПТОМАТОЛОГИИ И КЛИНИКЕ ПОСЛЕРЕЗЕКЦИОННЫХ СИНДРОМОВ

Несмотря на то, что ряд тяжелых осложнений после резекции желудка—пептические язвы соустья, рецидив язвы и др. отошел в область казуистики, эта операция и по сей день еще влечет за собой немало осложнений.

За последнее время внимание хирургов все больше привлекает своеобразное патологическое состояние, появляющееся у значительной части больных, перенесших резекцию желудка.

Характеризуется оно сочетанием ряда болезненных проявлений, не укладывающихся ни в одну из известных прежде форм заболеваний оперированного желудка. Разнообразие терминов, предложенных для обозначения этого состояния— „агастральная астеня“, „синдром малого желудка“, „демпинг-синдром“, синдром „недостаточности пищеварения“, „*dünndarmschok*“ (тонкокишечный шок), говорит не только об отсутствии термина, который мог бы полностью охватить все эти послерезекционные состояния, но и о разном понимании их механизма.

После резекции желудка почти полностью выключается желудочная фаза пищеварения, выключается механическая роль желудка, регулирующая роль привратника, нарушаются сложные соковыделительные и инкреторные функции всего пищеварительного тракта. Принятая пища, не подвергаясь ни механической, ни химической обработке, попадает в совершенно не подготовленную к этому тонкую кишку. Организм с трудом и далеко не полностью компенсирует эти нарушения.

Симптоматология, клиника и, особенно, патология послерезекционных синдромов изучены еще недостаточно, что делает их распознавание, и тем более лечение, весьма затруднительными.

Заинтересовавшись проблемой послерезекционных синдромов, мы поставили себе цель детально изучить симптоматику и клинику их и попытаться разобраться в механизме их происхождения.

С этой целью обследовано 89 человек в различные сроки после резекции желудка.

В настоящем сообщении приводятся данные о клинической симптоматологии одного из наиболее распространенных послерезекционных синдромов—синдрома отводящей петли, т. е. вида послерезекционного синдрома, который возникает в основном в отводящей петле анастомоза, полученные нами при обследовании 61 больного. Из них 40 человек были обследованы в ближайшем послеоперацион-

ном периоде в сроки от 19 дней до 2 месяцев после операции. 21 человек был обследован в отдаленные сроки:

до 2 лет	— 6 человек
" 3 "	— 6 "
" 4 "	— 4 "
" 5 "	— 4 "
" 6 "	— 1 "

Эта группа, перенесших резекцию желудка, приглашалась в клинику и обследовалась в основном амбулаторно. Среди обследованных было 54 мужчины и 7 женщины. По возрасту они распределялись так:

от 20 до 30 лет	— 11 человек
" 31 до 40 "	— 22 "
" 41 до 50 "	— 17 "
" 51 до 60 "	— 10 "
свыше 60 лет	— 1 "

Синдром отводящей петли в этой группе нами был выявлен у 47 больных (из них у 16 в сочетании с другими послерезекционными синдромами).

Следует отметить, что указанная цифра не может служить показателем частоты послерезекционного синдрома, так как для обследования в отдаленные сроки нами вызывались в основном те лица, у которых заведомо имелся послерезекционный синдром.

Обследование начиналось с детального расспроса, при котором выяснялось субъективное состояние обследуемого, его пищевой режим, т. е. частота приема пищи, вид ее, одноразовое количество, жалобы, связанные с приемом пищи, постоянство их, наличие или отсутствие диспептических явлений. Затем производились анализы мочи и крови, желудочного сока, производилась рентгеноскопия и рентгенография желудка. Определялся и сравнивался с дооперационным вес обследуемых.

С целью провоцирования послерезекционного синдрома, обследуемому натощак давалось внутрь 100 г глюкозы в 50% р-ре или 50 мл 25% р-ра сернистой магнезии.

У 13 больных послерезекционный синдром провоцировался дважды: I раз — глюкозой, II раз (спустя сутки или двое суток) — сернистой магнезией.

До обследования для исключения ортостатических извращений обследуемый предварительно укладывался на 10—15 мин. Ему в доступной форме объяснялась цель и методика обследования. Затем сосчитывались пульс и частота дыхания, измерялось кровяное давление, производилась электрокардиография в стандартных отведениях.

У отдельных групп обследовался основной обмен, измерялась температура тела, снимались осциллограммы.

Часть больных в течение всего обследования исследовалась электрокардиоскопически. Всем больным выводилась в течение 2 ч. сахарная кривая.

При возникновении послерезекционного синдрома эти тесты брались повторно на высоте его развития. В случаях, когда не удавалось сировоцировать послерезекционный синдром, повторное взятие тестов (для контроля) производилось на 20 мин. Клинические проявления послерезекционного синдрома регистрировались в течение всего обследования.

Жалобы страдающих синдромом отводящей петли заключались во анезанию, чаще всего остро наступающей после еды слабости, чувстве жара, головокружении, потении, дрожании конечностей. Большинство связывало появление этих явлений с приемом определенного вида пищи, чаще сладкого, изредка молока, горячей или наоборот холодной пищи.

При наших обследованиях в случаях, где нам удавалось сировоцировать наступление послерезекционного синдрома отводящей петли, мы отметили у больных те же жалобы. Нередко у больных отмечались и другие явления нервно-вегетативного порядка: озноб, чувство разбитости и огаушенности, замирания сердца, потемнения в глазах, шум в ушах и др. Кроме этих явлений, у ряда обследуемых отмечались и другие, более характерные для других видов послерезекционного синдрома: тошнота, чувство вздутия и тяжести в эпигастрии, переходящее иногда в боль, рвота и даже (очень редко) жидкий стул.

Частота симптомов послерезекционного синдрома приведена в табл. 1

Таблица 1

Частота симптомов синдрома отводящей петли у 47 обследуемых.

Слабость	Бледность	Головные боли и тяжесть в голове	Тошнота	Испарина	Головокружение	Жар	Тремор	Замирание сердца, сердцебиение, боли в области сердца	Беспокойство, страх	Огаушенность	Озноб	Вздутие и чувство тяжести в эпигастрии	Потемнение в глазах	Шум в ушах	Рвота
42	34	31	23	22	21	19	18	15	8	6	5	4	4	3	3

Из таблицы видно, что наиболее частыми симптомами являются слабость, бледность, головная боль, головокружение, тошнота, испарина,

рина и пот, чувство жара, тремор, неприятные ощущения в области сердца. Одновременно у большинства учащается на 10—15 ударов пульс, снижается в среднем на 10—15 мм кровяное давление и учащается дыхание.

Сравнение электрокардиографических данных, полученных до дачи раздражителя и на высоте развития синдрома, установило у некоторых больных явления, указывающие на нарушение венозного кровообращения (изменение зубца „Т“ и снижение интервала „ST“).

Степень выраженности синдрома отводящей петли может быть различной—от очень легкой, когда синдром устанавливается лишь на основании сопоставления исходных данных с данными, полученными после дачи раздражителя, и тяжелой, при которой обследуемые указывают, что явления, наступающие вслед за приемом пищи, бывают настолько резко выраженными, что вынуждают их прилечь на 10—15 мин.

Во всех случаях нами регистрировалась не только тяжесть проявлений синдрома отводящей петли, но и время его появления и продолжительность.

Таблица 2

Время возникновения синдрома		
В течение 5 мин.	после загрузки	12 раз
• 10	•	16 •
• 15	•	17 •
• 20	•	7 •
• 25	•	5 •

Из приведенной таблицы видно, что наиболее часто синдром отводящей петли возникает в течение 10—15 мин. после дачи раздражителя. Приступ длится обычно недолго—10—15 мин. (в редких случаях—до получаса) и проходит постепенно. Чувство слабости и разбитости длится дольше и продолжается еще тогда, когда все остальные явления уже исчезли (обследуемые оставались под нашим наблюдением в течение 2 ч. после дачи раздражителя).

Нами замечена одна интересная особенность течения синдрома отводящей петли. В случаях, когда последний возникает рано, в первые 5 мин. после дачи раздражителя, он, как правило, наступает остро и бывает выраженным сильно.

Наиболее часто клиническая картина синдрома отводящей петли выглядит так: через 10—15 мин. после приема пищи (или раздражителя) появляется чувство жара в животе, внезапная слабость, испарина, чувство тяжести в голове и головная боль, тремор, головокружение, тошнота, пульс учащается, снижается кровяное давление, учащается дыхание. Если явления нарастают, слабость становится резкой, испарина сменяется обильным потом, начинается озноб, тремор усиливается, „замирает“ сердце, появляется оглушенность, разбитость. Спустя 10—15 мин. эти явления постепенно проходят.

Описанная картина является, конечно, лишь наиболее часто встречающейся. Проявления отдельных симптомов, их частота и продолжительность могут быть очень различными.

Таким образом, послерезекционный синдром отводящей петли является своеобразным состоянием после резекции желудка и имеет свою довольно характерную симптоматику и клинику.

В выраженных случаях он может быть диагностирован уже на основании анамнестических данных, что нам и удавалось у значительной части обследуемых.

В заключение еще раз следует подчеркнуть, что послерезекционные синдромы, в частности синдром отводящей петли, является самостоятельной нозологической формой, характеризующейся богатой, но далеко еще не полностью изученной симптоматологией.

Изучение клиники и симптоматики послерезекционных синдромов несомненно может помочь правильному пониманию их патогенеза.

Республиканская клиническая больница
им. В. И. Ленин Министрства
здравоохранения АрмССР

Поступило 27. VII 1960 г.

Է. Գ. ԽԱՌՆՈՒՆՑ

ՀՆՏՈՒԵԶՆԵԿՑԻՈՆ ԱՐԻՆԳՐՈՄՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԵՎ ՍԻՄՊՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ ֆ ո փ ո լ մ

Հետազոտվել են սինդրոմների սիմպտոմատոլոգիան, կլինիկան և հատկապես պաթոլոգիան աստմնափրփում ևն անրափարար չափով, որի հետևանքով նրանց ճանաչումը և բուժումը բավականին դժվար է: Մանրակրկիտ կերպով աստմնափրփով հետազոտվել են սինդրոմների սիմպտոմատոլոգիան և կլինիկան փորձ է արված պարզել նրանց առաջացման մեխանիզմը: Այդ նպատակով հետազոտման են ենթարկվել 89 մարդ սեզեկցիայից հետո սարբեր մամկնաներում (19 որից մինչև 8 տարի): Ներկա աշխատության մեջ խոսվում է հետազոտվել սինդրոմներից մեկի՝ տանդոլ գալարի սինդրոմի մասին, որը ստացվել է 61 հիվանդների մոտ: Քննաթյունը սկսվում է հիվանդների մանրակրկիտ հարց ու փորձից, որի ընթացքում տեղեկություններ էին ստացվում նրանց ստրիկտիվ զինակի և սննդային սեծիմի մասին: Բոլոր հետազոտվողների մոտ կատարվում է մեզի, արյան, ստամոքսահյութի անալիզ, ստամոքսի ռենտգենոսկոպիա և սննդհենոդրաֆիա, որոշվում է նրանց քաշը: Հետազոտվել են սինդրոմ առաջացնելու համար հիվանդներին արվում էր 100 գր. գլյուկոզա 50 տոկոս լուծույթի ձևով կամ ծծմբաթթվային մազնեզիումի 25 տոկոս լուծույթից 50 սմ: Հաշվում էին պարսր և շնչաստիլունը, չափվում արյան ճնշումը, կատարվում էր կետարտարոգրոգրաֆիա: Հիվանդների առաջին խմբի մոտ հետազոտվում էր հիմնային փոխանակությունը, չափվում

մարմնի ջերմաստիճանը և կատարվում օսցիլոգրաֆիա: Ամենից ավելի հաճախ նոսպան սկսվում է գրգռիչը տալուց 10—15 ր. անց, տևում է 10—15 ր. և աստիճանաբար անցնում: Նկատվել է, որ այն դեպքում. երբ տանող զալարի սինդրոմը ծագում է շուտ, գրգռիչը տալուց հետո սուսչին 3 ր. բնթացքում. ինչպես կանոն, նոսպան սկսվում է սուր կերպով և լինում է մեկ արտահայտված: Այսպիսով տանող զալարի հետոնգնկցիոն սինդրոմը լուրջօրինակ վիճակ է, ունի իր բովանկանին բնորոշ սիմպտոմատոլոգիան և կլինիկան: Արտահայտված գեպքերում նա կարող է ճանաչվել նուրիսկ անամնեստիկ տվյալների հիման վրա. որը մեղ հաջողվել է հետազոտվողների զգալի մասի մոտ: Հետոնգնկցիոն սինդրոմների կլինիկայի և սիմպտոմատոլոգիայի ուսումնասիրութլունը անկասկած կարող է օղնել նրանց պաթոլենեզի ճիշտ ըմբռնմանը: