

В. А. МАЛХАСЯН

Կ ТЕОРИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО СОУСТЬЯ

За три четверти столетия, истекшие со дня первой операции, когда была использована идея искусственного сообщения между желудком и кишкой (Жюль Пэан, 1879 г.), хирургами многих стран внесен значительный вклад в теорию и практику этой операции. Однако еще и сегодня отдельные вопросы теории соустья недостаточно четко определены, еще сохранились терминологические неточности, основанные на ошибочности устарелых понятий о функции соединяемых друг с другом органов. Кроме того, за последние годы теория соустья обогатилась новыми понятиями, которые не получили еще достаточного признания по той причине, что они разбросаны на страницах периодической печати, зачастую мало доступной широким кругам хирургов.

Настоящая работа представляет собой попытку суммировать и уточнить некоторые понятия и термины, относящиеся к конструкции соустья, целесообразность широкого внедрения которых в хирургический обиход не вызывает у нас никакого сомнения. Это положение тем более справедливо, что в конечном счете способ восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта является наиболее характерной чертой примененного метода резекции, не говоря уж о гастроэнтеростомии, а также наиболее важным моментом техники этих операций (Е. Полия (E. Pólya) [13], Дж. Пристли (G. Priestley) [14] и др.).

Прямая гастродуоденостомия после резекции желудка является операцией, наиболее простой в конструктивном отношении. При операции же гастроеюностомии, будь то после резекции желудка (второй способ Бильрота) или как самостоятельное вмешательство, соустье представляет более сложную конструкцию, в которой следует различать несколько элементов.

К элементам, образующим соустье, относятся прежде всего желудок, если речь идет о гастроэнтеростомии, или желудочная культия и соединенная с нею кишечная петля. Последняя, в свою очередь, разделяется на приводящее и отводящее колена или петли. Приводящим коленом называется участок кишки, заключенный между *flexura duodeno-jejunalis* и анастомозом. Участок кишки дистальнее анастомоза носит название отводящего колена.

Между приводящим и отводящим коленами остается отрезок кишки, непосредственно включенный в анастомоз, который не может быть от-

носен ни к приводящему, ни к отводящему колену. Этот отрезок не больше, чем шире анастомоз. В. М. Баль [1] относил этот отрезок ни к желудку, Мутье и Корне (Moutier et Corne [11]) предлагали именовать его «анастомотической камерой» (chambre anastomotique). Этот термин точно соответствует сущности этого участка кишки.

Анастомотическая камера, по мнению некоторых авторов [Т. А. Шварц [7], Кешели — Кешелю и сотр. [9], Монз и Фарней — J. S. Monz and S. C. Farney [10]], является нефункционирующим отделом кишки, что связано с пересечением циркулярных мышечных волокон кишки в этом месте. С течением времени он расширяется, иногда до значительных размеров, создавая впечатление смещения отводящего колена (Фарней и сотр.). Приведенная рентгенограмма (рис. 1) иллюстрирует такую картину, наблюдающуюся нами спустя 3 мес. после операции на анастомозу у больного О. С. В. 28 лет.

Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения. Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения.

Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения. Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения.

Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения. Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения.

Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения. Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения.

Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения. Анастомозы могут быть открытыми, закрытыми, частичными, перекрывающимися. Если анастомоз без необходимости закрыт, он не функционирует, а следовательно, не имеет значения.

до элементов соустья, учитывая ту большую роль, которую подобный анастомоз играет в функционировании соустья.

Таким образом, соустье в нашем представлении — это широкое понятие, включающее ряд элементов: а) желудок или желудочную куль-



Рис. 1. Расширение анастомотической камеры, ложное смещение отводящей петли влево. Рентгенограмма больного О. С., спустя 6 лет 3 мес. после резекции по Финстереру.



Рис. 2. Соотношение ширины анастомотического отверстия и истинной стомы. Рентгенограмма больного А. В., спустя 3 года 7 мес. после резекции по Финстереру.

тью, б) приводящее колено, в) отводящее колено, г) анастомотическое отверстие, д) истинную стому, е) анастомотическую камеру, ж) межкишечный анастомоз (рис. 3).

Здесь же следует указать на терминологическую неточность, касающуюся обозначения вида орального соустья после резекции желудка, т. е. такого соустья, которое образуется соединением пересеченного поперек желудка с боковой стенкой кишки. В свое время Мойниген, исходя из понятия «желудочной дорожки», стал именовать изоперистальтическим такой вид орального соустья, при котором приводящая петля фиксируется у большой кривизны, а отводящая — у малой. Часть авторов (П. А. Наливки [3], С. М. Рубашов [4], Р. Суит — R. Sweet [15] и др.) продолжает именовать соустье по Мойнигену изоперистальтическим, тогда как другие (А. А. Бельц [2], Пэк и Шарнагель — G. T. Pack and J. M. Schanagel [12], Ван Проаска — Van Prohaska [16] и др.) считают эту схему антиперистальтической. Подобное разногласие вносит большую путаницу в классификацию видов соустья и очень затрудняет пользование литературой, ибо не известно, что имеет в виду автор, говоря об «изоперистальтическом» или «анизоперистальтическом» оральном соустье.

Мы придерживаемся той точки зрения, что оральное соустье, будучи соустьем типа «конец в бок» (терминолатеральным), не может быть изо- или антиперистальтическим. Поэтому в отношении подоб-

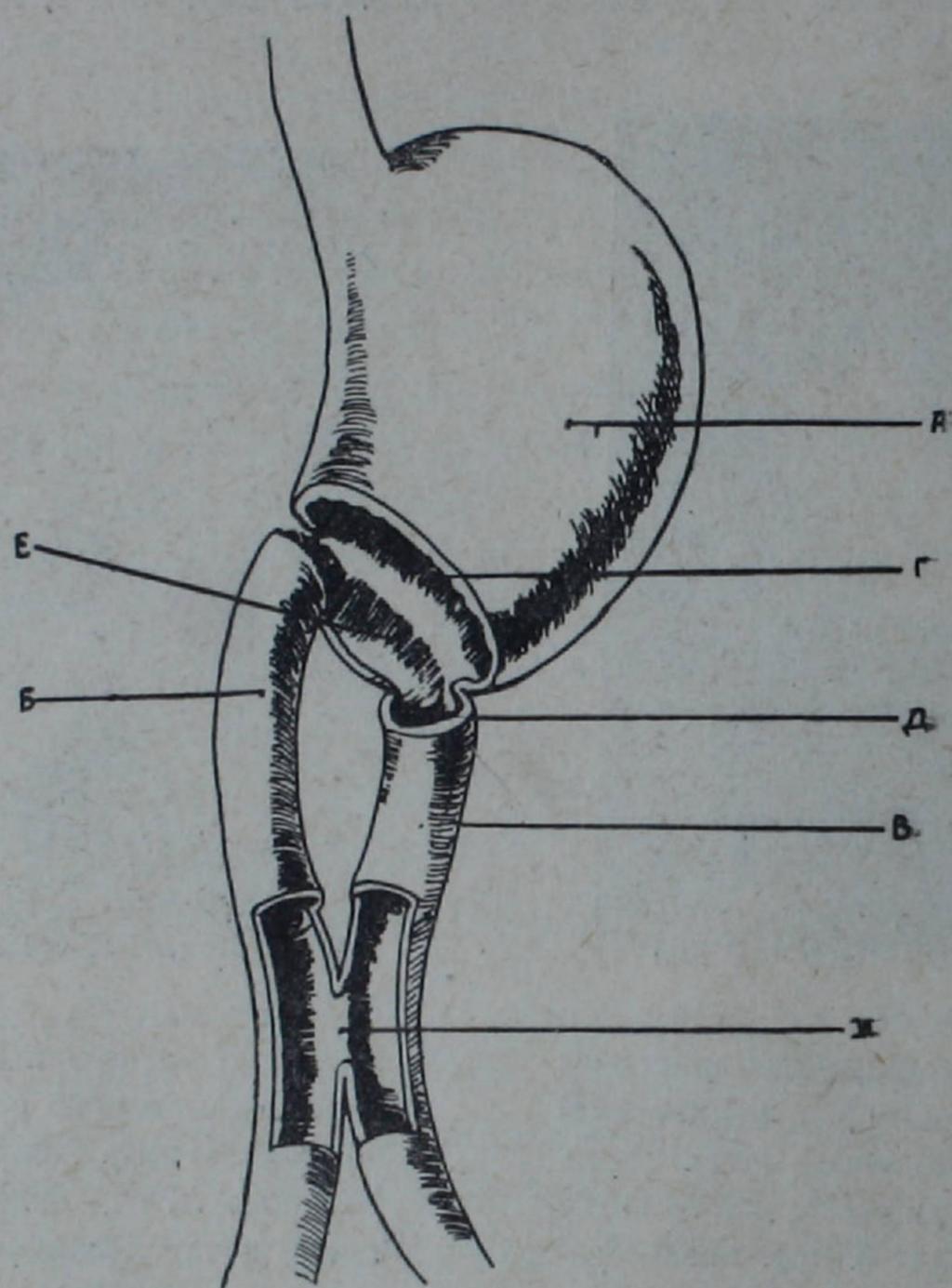


Рис. 3. Элементы соустья: а) культя желудка, б) приводящее колено, в) отводящее колено, г) анастомотическое отверстие, д) истинная стома, е) анастомотическая камера, ж) межкишечный анастомоз.

ных соустьей лучше придерживаться терминов «восходящее» или «нисходящее» соустье, предложенных С. М. Рубашовым. К восходящим следует относить те виды, при которых отводящая петля направлена в сторону малой кривизны, к нисходящим — имеющие обратное расположение (т. е. отводящая петля — к большой кривизне).

Приведенные выше данные, являющиеся плодом творчества многих авторов, значительно расширяют наши теоретические представления о соустье. Принятие рассмотренных выше понятий хирургами и рентгенологами и унификация терминологии облегчит пользование специальной литературой и уточнит описание операций, их особенностей, послеоперационных осложнений и рентгенологической картины оперированного желудка.

Кафедра хирургии
Факультета усовершенствования врачей
Ереванского медицинского института

Поступило 20.XII 1961 г.

Վ. Ա. ՄԱԼԵԱՍՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍ-ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԲԵՐԱՆԱԿՑՄԱՆ ԹԵՈՐԻԱՅԻ ՇՈՒՐՁԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Չնայած ստամոքս-աղիքային բերանակցման թեորիայի զարգացման բավականին մեծ հաջողություններին, դեռևս որոշ հարցեր մնում են ոչ լրիվ ուսումնասիրված: Մինչև օրս գրականության մեջ հանդիպում ենք տերմինոլոգիական որոշ անճշտությունների, որոնք դժվարացնում են հատուկ գրականության օգտագործումը: Վերջին ժամանակներս առաջարկված են մի շարք հասկացողություններ և տերմինոլոգիական նորություններ, որոնք բժիշկների լայն շրջանների կողմից քիչ են ընդունված և որոնք արժանի են ընդհանուրի ճանաչմանը:

Հեղինակը գտնում է նպատակահարմար բերանակցման մեջ տարբերել հետևյալ էլեմենտները.

1. ստամոքսի ծայրուիթ, 2. աղիքի ծունկ, 3. աղիքի տանող ծունկ, 4. բերանակցման անցք, 5. բերանակցման խուլց, 6. բերանակցման իսկական (ճըշգրիտ) բացվածք, 7. միջաղիքային (Բրաունյան) բերանակցում:

Հեղինակը գտնում է անհիմն «իզոպերիստալտիկ» և «անտիպերիստալտիկ» տերմինների օգտագործումը, երբ ստամոքսի ծայրատի հատվածը միացվում է աղիքի պատի հետ («ծայրը կողքին»), առաջարկելով այդ դեպքում անվանել «վերելակ» և «վայրէջ» բերանակցում ըստ Ս. Մ. Ռուբաշովի:

Վիրաբույժների և ռենտգենոլոգների կողմից վերոհիշյալ հասկացողությունների օգտագործումը կնպաստի օպերացիաների և հետօպերացիոն բարդությունների, վիրահատված ստամոքսի մորֆոլոգիական և ֆունկցիոնալ տեսակետից ռենտգենոլոգիական տվյալների ավելի ճշգրիտ նկարագրմանը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Баль В. М. Сравнительная анатомо-гистологическая оценка резецированного желудка типа БI и БII. Вопросы хирургии войны и абдоминальной хирургии, Горький, 1946, стр. 447.
2. Бельц А. А. Цит. по С. М. Рубашову [4].
3. Наливкин П. А. и сотр. Некоторые детали техники резекции желудка. Нов. хир. арх., 1956, 4, 57.
4. Рубашов С. М. В кн.: Резекция желудка при язвенной болезни. Госиздат МССР, Кишинев, 1954.
5. Сенчилло-Явербаум З. Т. Замечания по некоторым деталям техники резекции желудка, Нов. хир. арх., 1958, 6, 82.
6. Федюшин М. П. К вопросу о форме и функции желудка после резекции, Нов. хир. арх., 1938, т. 40, кн. 3, 273.
7. Шапиро Г. Л. О выборе метода резекции желудка и существенных деталях этой операции. В кн.: Клиника и лечение заболеваний желудка, Орджоникидзе, 1956, стр. 66.
8. Gueullette R. Chirurgie de l'estomac. Masson et Co, Paris, 1956.
9. Kennedy Ch. S. and al. A study of the gastric stoma abter partial gastrectomy Surgery, 1947, 22, 1:41-47.

10. Moise T. S. and S. C. Harvey. A Method for an end-to-end gastrojejunostomy after a partial gastrectomy. SGO, 1925, 40, 4:559—562.
11. Moutier et Gornet.—Цир по. R. Gueullette [8].
12. Pack G. T. a. J M. Scharnagel. The technique of gastric resection for carcinoma. S. G. O., 1936, 63. 2: 189—197.
13. Polya E.—Re-establishment of the gastro-intestinal passage after gastric resection. S. G. O., 1940, 70, 2a: 270—290.
14. Priestley G. T.—Reflections on surgical treatment of duodenal ulcer. Arch. Surg. 1954, 69: 455—463.
15. Sweet R. H. The technique of subtotal gastrectomy for duodenal ulcer. S. G. O. 1954. 99, 5:647.
16. Van Prohaska G. Misconceptions in the execution of gastroenterostomy. Surg. clin. N. Amer., 1958, (Febr.), p. 211—216.