

Аг. ЧАКЫРОВ

К ВОПРОСУ ТАК НАЗЫВАЕМОЙ «АГАСТРАЛЬНОЙ АСТЕНИИ» И ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЕЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ

В 1951 г. А. А. Бусалов [1951] на основании изучения отдаленных результатов резекции желудка у 393 больных, страдавших язвой желудка и 12-перстной кишки, установил, что большинство из них страдает сложным симптомокомплексом нарушений функций желудочно-кишечного тракта, названным автором «агастральной астенией».

35% обследованных А. А. Бусаловым больных имели легкую форму агастральной астении, 5,8—тяжелую.

Ряд симптомов нарушений функций желудочно-кишечного тракта был описан многими авторами под общим названием «болезни оперированного желудка». Более тяжелые случаи расстройств функций желудочно-кишечного тракта известны под названием «демпинг синдрома».

По нашим данным, агастральная астения наблюдается у 3—4% больных в отдаленных периодах после оперативного лечения.

Обобщение данных литературы дает основание выделить следующие основные симптомы пострезекционного синдрома.

1. Отсутствие перистальтической деятельности желудка.
2. Нарушение регуляторной и рефлекторной деятельности желудка.
3. Нарушение секреторной деятельности печени и поджелудочной железы.
4. Нарушение резорбции углеводов, белков и жиров, что часто приводит к гипо- или гипергликемии.
5. Угнетение выработки фактора Кастля.
6. Разрушение витамина В₁₂ в кишечнике.
7. Анемия.
8. Адинамия и коллапс.
9. Нарушение акта дефекации.
10. Расстройство функций нервной системы.

Наши наблюдения показывают, что агастральная астения, как правило, наблюдается у лиц, перенесших резекцию желудка по способу Бильрот-2. Как известно, при этом способе выключается 12-перстная кишка и нарушается нормальный пассаж пищи в отличие от способа резекции желудка по Бильрот-1, когда пища проходит по своему нормальному пути и бывает сохранена последовательная корреляция отдельных фаз процесса пищеварения. Поэтому при диагностике ага-

агастральной астении следует прежде всего выяснить, каким способом была произведена резекция желудка. Если последняя была выполнена по методу Бильрот-2, то возникает необходимость повторно оперировать больного с целью восстановления нормального пассажа пищи. В отличие от других авторов, производящих с этой целью различные гастропластические вмешательства (гастро-еюнопластика, гастро-колопластика и др.), мы ликвидируем ранее наложенный анастомоз и накладываем новое соустье между мобилизованными кульями желудка и 12-перстной кишки. Наши наблюдения показывают, что после такой операции заметно облегчается состояние больных.

За последние годы мы произвели 120 резекций желудка по поводу язвенной болезни и только у четырех больных, оперированных в других лечебных учреждениях, наблюдали пострезекционный синдром. У этих больных с целью восстановления пассажа пищи мы произвели вышеописанную операцию, техника которой заключается в следующем. Левосторонним трансректальным разрезом вскрывается брюшная полость. После ревизии рассекаются и в пределах возможности удаляются спайки. Образующая с желудком анастомоз петля тонкой кишки мобилизуется, освобождается от желудка и резецируется. Проподность кишки восстанавливается наложением анастомоза конец в конец, и петля кишки перемещается под поперечно-ободочную кишку. Края культи желудка освежаются, и просвет последнего закрывается трехэтажными швами с оставлением отверстия для будущего соустья с 12-перстной кишкой. Культи последней мобилизуется, что обычно выполняется без больших затруднений, так как язва обычно бывает уже зажившей. После освежения краев культи 12-перстной кишки накладывается анастомоз между последней и желудком по методу Бильрот-1. Брюшная полость зашивается послойно наглухо.

Ближайшие и отдаленные наблюдения показали, что у всех оперированных этим способом синдром агастральной астении ликвидирован.

Мы еще в 1957 году предложили взамен терминов—агастральная астения и демпинг-синдром применять термин—пострезекционная дискорреляция, которая лучше характеризует возникающие после резекции желудка патологические сдвиги в организме больных.

Вышеизложенное дает возможность сделать следующие выводы.

1. Синдром пострезекционной дискорреляции, как правило, возникает после резекции желудка по способу Бильрот-2.

2. Для ликвидации синдрома пострезекционной дискорреляции и восстановления пассажа пищи по нормальному пути мы рекомендуем произвести повторную резекцию желудка по методу Бильрот-1.

3. Создание соустья по Бильрот-1 у больных, перенесших ранее резекцию желудка по методу Бильрот-2, не представляет особых затруднений, так как язва 12-перстной кишки бывает обычно зажившей.

Ա. Գ. ԶԱԿԻՐՈՎ

ԱՅՍՊԵՍ ԿՈԶՎԱԾ «ԱԳԱՍՏՐԱԼ ԱՍՏԵՆԻԱՅԻ» ԵՎ ԱՅԴ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ԱՎԵԼԻ ԾԱՆՐ ԶԵՎԵՐԻ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵԱՐԱՎՈՐՈՒ-ԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

1. Պոստոնեզեկցիոն դեսկորեկացիայի սինդրոմը, որպես կանոն, առաջանում է Բիլրոթ-2 եղանակով ստամոքսի ռեզեկցիայից հետո:

2. Պոստոնեզեկցիոն դեսկորեկացիայի սինդրոմի վերացման և սննդի պասաժի նորմալ ձևով վերականգնման համար խորհուրդ է տրվում կատարել ստամոքսի կրկնակի ռեզեկցիա՝ Բիլրոթ-1 եղանակով:

3. Բիլրոթ-1 եղանակով բերանակցումը այն հիվանդների մոտ, որոնց մոտ Բիլրոթ-2 եղանակով նախկինում կատարվել է ստամոքսի ռեզեկցիա, առանձին դժվարություն չի ներկայացնում, որովհետև 12-մատնյա աղիքի խոցն արդեն լավացած է լինում: