

Профессор И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ

(Кафедра госпитальной хирургии. Зав. — проф. И. Б. Олешкевич)

К ВОПРОСУ О ЖЕЛУДОЧНО-ОБОДОЧНОЙ ФИСТУЛЕ

Желудочно-ободочная фистула является тяжелейшим осложнением язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Это патологическое состояние изучено преимущественно отечественными авторами (Спасокукоцкий, Кончаловский, Добротворский, Ратнер, Березов, Рыбинский, Гуляницкий и др.). Как показали работы этих авторов, в настоящее время выяснены особенности патогенеза и клиники этого заболевания, предложены хорошие рентгеновские и лабораторно-диагностические методы исследования. Описано много рациональных методов оперативного лечения этих больных, благодаря чему наблюдавшаяся ранее высокая послеоперационная летальность теперь значительно снизилась. Однако последняя и поныне остается еще высокой и колеблется в пределах 20—25%. Располагая клиническими наблюдениями и имея опыт в лечении больных этим заболеванием, мы сочли необходимым поделиться результатами этого лечения.

Наши наблюдения охватывают 20 больных с желудочно-ободочной фистулой, развившейся на почве язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Все эти больные были мужчины в возрасте от 31 года до 52 лет; большая часть из них занималась физическим трудом. Длительность существования первичного заболевания (язвы желудка и 12-перстной кишки) до первой операции в среднем равнялась 3 годам. Светлый промежуток у больных после операции длился от 2 месяцев до 8 лет, в среднем составил 2 года 4 месяца. Существование у них послеоперационной пептической язвы (до появления первых признаков желудочной фистулы) исчислялось от 1,5 месяца до 12 лет, а с момента появления первых признаков фистулы до поступления в клинику проходило от 5 месяцев до 1 года.

Первичным заболеванием у 12 наших больных была язва 12-перстной кишки и у 8 больных — язва желудка, причем

у одного из них был стеноз привратника на почве зажившей язвы. Всем больным при первой операции был наложен задний позадиободочный гастроэнтероанастомоз на короткой петле.

Клиническая картина желудочно-ободочной фистулы была самой разнообразной. Из 20 больных боли в подложечной области ощущали 15 человек, причем у 12 из них боли носили тупой и у 3 острый характер. У 2 больных с острыми болями во время повторной операции была обнаружена незажившая первичная язва и у 1 больного найдена новая язва. Отрыжка наблюдалась у 16 больных, у 9 она имела каловый запах и у 4 отрыжка была с неприятным запахом. Рвота отмечена у 14 больных, из них у 5 — каловая, у 2 — кровавая и у 7 — рвота принятой пищей. Поносы были констатированы у 9 больных, поносы чередовались с запорами у 3 больных и послабляющий стул был у 1 больного; у остальных больных стул был нормальный либо отмечались запоры. У 10 больных аппетит был нормальный, у 6 больных — повышен, у 2 больных — понижен и у 2 больных аппетит отсутствовал.

Объективно у всех больных отмечалась бледность кожных покровов и видимых слизистых. Голодные отеки отмечены у 2 больных, из которых у одного отеки были на нижних конечностях, а у другого, кроме отеков нижних конечностей, имелся резко выраженный асцит. Вздутие живота наблюдалось у 12 больных, у 10 из них было общее вздутие и у 2 вздутие ограничивалось подложечной областью; у 7 больных отмечено западение живота; у 1 больного увеличение живота зависело от наличия асцита. Громкое урчание и усиленную перистальтику мы наблюдали только у 6 больных. При пальпации живота у 15 больных в той или иной степени была обнаружена болезненность и у 5 больных ее не было. Болезненность у 10 больных отмечена в подложечной области, у 2 больных влево от операционного рубца и у 3 болезненность носила разлитой характер.

Исследование желудочного сока у наших больных показало самые разнообразные цифры кислотности. Максимальные цифры общей кислотности достигали 96, при свободной соляной кислоте 74, а минимальные спускались до 20 — общей кислотности, при 8 — свободной соляной кислоты. Из 20 больных у 6 кислотность была повышенной, у 9 больных — в пределах нормальной и у 5 больных — пониженной.

При исследовании крови мы всегда обнаруживали признаки гипохромной анемии и ускоренную реакцию оседания эритроцитов. Моча некоторых больных содержала белок, лейкоциты, эритроциты, индикан и большое количество грибков. При исследовании кала у 5 больных обнаружен нейтральный жир, у 3 больных — наличие мышечных волокон — скрытая кровь.

Рентгеновское исследование подтвердило диагноз желудочно-ободочной фистулы у 11 больных; у 3 больных рентгеноло-

гические симптомы фистулы были неясны и у 6 больных они полностью отсутствовали. У 13 больных проходимость фистулы была установлена только в одном направлении, т. е. при помощи введения контрастной взвеси через рот; у 7 больных контрастная взвесь давалась не только через рот, но и при помощи ирригоскопии. Цветные клизмы мы применили у 11 больных и только у 2 из них окрашенная жидкость была обнаружена в желудке.

Прежде чем говорить о лечении больных с желудочно-ободочной фистулой, остановимся хотя бы вкратце на профилактике этого осложнения. Самым простым и верным профилактическим средством было бы прекращение производства операции гастроэнтеростомии при язвенной болезни. Но эта мера в настоящее время не может быть проведена в полном объеме, так как некоторая часть хирургов не владеет техникой резекции желудка и производит гастроэнтеростомию. Однако количество гастроэнтеростомий при язвенной болезни с каждым годом становится все меньше, что безусловно сказывается на уменьшении числа послеоперационных пептических язв, ведущих к образованию желудочно-ободочной фистулы.

Особенно следует ограничивать показания к гастроэнтеростомии при язвенной болезни 12-перстной кишки, дающей наибольшее количество послеоперационных язв. К оперативному лечению мы прибегаем лишь в тех случаях, когда консервативное лечение не дает желаемых результатов. Характер оперативного вмешательства у этих больных заключается в резекции желудка с обязательным удалением привратника и по возможности самой язвы.

При образовавшейся фистуле требуется оперативное лечение. Из 20 наших больных оперативному вмешательству подверглись 18 человек; 2 больных из-за наличия необратимых изменений в организме не оперированы. Характер оперативного вмешательства был следующий: 16 больным произведена радикальная и 2 больным паллиативная операция. Радикальная операция заключалась в отделении поперечно-ободочной кишки и закрытии в ней дефекта, а затем в резекции желудка вместе с анастомозом и наложении нового анастомоза между тощей кишкой и желудком по способу Спасокукоцкого.

На толстой кишке мы всегда ограничивались экономным вмешательством и получали хорошие результаты. В целях профилактики развития инфекции, а также сужения просвета кишки при отделении поперечно-ободочной кишки проводится разрез через стенку желудка с оставлением части последнего на стенке толстой кишки. При паллиативной операции производилось разделение всех трех органов (желудка, тонкой и толстой кишок), принимающих участие в образовании фистулы, с последующим закрытием отверстий.

Из 20 наших больных у 15 желудок сообщался с поперечно-ободочной кишкой через отверстие гастроэнтероанастомоза, у 4 больных была фистула между желудком и тощей кишкой и у 1 больного наблюдалось непосредственное сообщение желудка с поперечно-ободочной кишкой. У всех больных желудочно-ободочная фистула развилась на почве пептической язвы анастомоза или тощей кишки. У одного больного желудочно-ободочная фистула комбинировалась с подкожным свищем 12-перстной кишки, развившимся после первой операции. У больного, имеющего прямое сообщение с поперечно-ободочной кишкой, фистула образовалась после операции дегастроэнтеростомии.

Исследование операционных и патологоанатомических препаратов показало, что у 14 больных послеоперационная пептическая язва оказалась зажившей и у 6 больных обнаружены участки незажившей язвы. Первичная язва у 17 больных была зажившей, у 2 больных она была в активном состоянии и у 1 больного обнаружена новая язва. У всех больных во время операции были обнаружены большие сращения между желудком и поперечно-ободочной кишкой.

Непосредственные результаты у нас таковы: выздоровело 15 больных и умерло 5 больных. Из 18 оперированных нами больных выздоровело 15 человек и умерло 3 человека. Причиной смерти оперированных больных явились следующие осложнения: 1 больной умер от операционного шока, 1 больной от послеоперационной пневмонии и 1 больной от перитонита. Двое неоперированных больных доставлены в необратимой стадии болезни и умерли от истощения.

По литературным данным, летальность при желудочно-ободочной фистуле также высока. Так, Котцоглу получил 20% летальности, причем наибольший процент дали радикальные операции.

Клиника Гессе на 18 операций отмечает 6 летальных исходов. У Финстерера из 17 радикально оперированных больных умерло 6. Соколов на сборном материале приводит 64,5% летальности. По данным Левина, из 64 больных, оперированных советскими хирургами, умерло 18 человек. Гуляницкий сделал сводку 65 наблюдений советских авторов с 13 летальными исходами (20%).

На послеоперационный исход несомненно влияют не только характер оперативного вмешательства, но и состояние больных перед операцией. Имеют также значение и особенности лечения больных как до операции, так и в послеоперационном периоде. Проводимое лечение, с одной стороны, должно быть направлено по линии профилактики послеоперационных осложнений (шок, перитонит), а с другой — против тех осложнений, которые успели развиться в организме больных с желудочно-ободочной фистулой.

В целях более тщательного выяснения характера изменений, наблюдаемых при желудочно-ободочной фистуле, этот вопрос нами изучался экспериментально. Исследования проведены на 60 собаках, которым создавались все виды фистул, встречающихся у человека. В своих исследованиях мы наряду с наблюдением за поведением экспериментальных животных изучали у них морфологию желудочно-кишечного тракта и паренхиматозных органов, состояние углеводного, водного и электролитного обмена, состав крови и плазмы.

Как показали эксперименты, извращения пищеварительного процесса, связанные с наличием желудочно-ободочной фистулы, приводят к развитию распространенных воспалительных изменений слизистой желудка-кишечного тракта, а следовательно, и к ее распространенному функциональному нарушению. Как известно, функциональные нарушения слизистой кишечника способствуют повышению проницаемости кишечной стенки для различных токсических продуктов распада белков, бактериальных токсинов.

Развивающаяся кишечная аутоинтоксикация очень опасна. Из паренхиматозных органов большие морфологические изменения и функциональные нарушения наблюдаются в печени. Функциональная недостаточность печени сказывается нарушением углеводного обмена, установленного углеводными пробами, а также уменьшением в ней количества гликогена. Морфологические изменения в печени характеризуются главным образом большей или меньшей степенью жировой инфильтрации.

При интоксикации наблюдается потеря голоса и понижение зрения, что отмечено также у некоторых наших экспериментальных животных. К признакам кишечной аутоинтоксикации, или, вернее, к признакам повышенной проницаемости кишечной стенки при желудочно-ободочной фистуле, относится также наблюдавшееся нами в крови экспериментальных животных повышение количества высокомолекулярных белковых фракций и индиканурия (вследствие усиления гнилостных процессов распада белков в кишечнике). Все это усугубляется нарушением водного и электролитного обмена, состоянием хронического голодания и пр.

С учетом того, что в основе изменений, происходящих в организме при желудочно-ободочной фистуле, лежит аутоинтоксикация, должны быть проведены и терапевтические мероприятия как в предоперационном, так, главным образом, в послеоперационном периоде.

Общетерапевтические мероприятия прежде всего должны быть направлены на борьбу с катаральным состоянием желудка-кишечного тракта, с кишечной аутоинтоксикацией и ее последствиями.

Вполне рациональными могут считаться диететические мероприятия по Мечниковскому принципу в виде молочно-углеводистой растительной диеты, с простоквашей, с возможным ограничением животных белков. Трудно переваримые углеводы в виде компотов из фруктов (финики, чернослив), способствующие поддержанию в кишечнике молочнокислого брожения и угнетению гнилостных процессов распада, могут быть признаны рациональными терапевтическими мероприятиями. Ввиду наличия сопутствующей функциональной недостаточности печени необходимо провести лечение глюкозой с инсулином. Одновременно должны быть предприняты меры против нарушения водного и солевого обмена, против развившейся вторичной анемии.

Только при проведении всех этих диететических и лечебных мероприятий как в дооперационном, так в особенности и послеоперационном периоде можно рассчитывать на длительное и полное выздоровление.

ВЫВОДЫ

На основании наблюдений над 20 больными с желудочно-ободочной фистулой, развившейся на почве язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, можно сделать следующие выводы:

1. В основе изменений, происходящих в организме при этом заболевании, лежит аутоинтоксикация в результате всасывания из кишечника токсических продуктов распада белков, бактериальных токсинов.

2. Лечение больных с желудочно-ободочной фистулой должно быть хирургическим и заключаться в отделении поперечно-ободочной кишки, закрытии в ней дефекта, а затем в резекции желудка вместе с анастомозом и наложении нового анастомоза между тощей кишкой и желудком по способу Спасокукоцкого.

3. Усовершенствование техники операции желудочно-ободочной фистулы, хорошая предоперационная подготовка больных, а также лечение их в послеоперационном периоде с учетом всех нарушений позволяют снизить послеоперационную летальность (из 18 оперированных умерло 3).
