

К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА

Профессор И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ, кандидат медицинских наук
А. П. ЛЕБЕДЕВ

Начало развития желудочной хирургии относится к доантисептическому периоду.

Хирургия желудка в нашей стране развивалась самобытно и достигла выдающихся успехов. Нередко отечественные хирурги опережали зарубежных.

Самой древней операцией на желудке является гастротомия, принимаемая по поводу удаления инородных тел. Эта операция широко применяется и в настоящее время. Второй операцией на желудке была гастростомия — наложение свища, применяемая при непроходимости пищевода. В 1842 г. В. А. Басов в Московском обществе испытателей природы сделал доклад «Замечания об искусственном пути в желудок животных», в котором изложил технику операции, описал приемы, обеспечивающие безопасность гастростомы надежным подшиванием желудка к коже. Только через четыре года Французская академия наук заслушала доклад о гастростомии, представленный Сиделло как открытие. В России же эта операция была успешно выполнена в 1879 г. Н. В. Склифосовским.

Важным событием в отечественной хирургии явилась резекция желудка, произведенная Н. В. Экком в 1882 г. Новым в технике операции было следующее: 12-перстная кишка зашивалась наглухо, а тощая кишка анастомозировалась с кардинальным отделом желудка. К этому времени мировая наука располагала уже не одним благоприятным исходом резекции желудка, однако все эти операции производились с прямым гастро-дуоденальным анастомозом, другие методы не были известны.

В 1885 г. подобную операцию предложил Хакер, в том же году Т. Бильрот произвел ее больному. Эта операция в хирургии получила название — второй метод Бильрота.

Первая резекция желудка в эксперименте выполнена в 1810 г., а резекции желудка по поводу рака желудка у человека сделали Пеан в 1879 г., Т. Бильрот и М. К. Китаевски в 1881 г.

Впервые переднюю гастроэнтеростомию с длинной петлей выполнил Вельфлер в 1881 г. По совету Николодони Браун предложил межкшечное соустье. В России эта операция произведена Н. Д. Монастырским в 1882 г. Задняя гастроэнтеростомия с короткой петлей разработана Хакером, задняя вертикальная — Петерсеном. Показаниями к гастроэнтеростомии являлись главным образом стенозы привратника.

В 1888 г. вышла в свет книга И. П. Насилова «Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди», которой было положено начало разработки трансторакальных подходов к кардии и пищеводу.

Первая пилоропластика в нашей стране была выполнена К. Клейном в 1890 г. С. И. Снасокукоцкий, работая в Смоленске, произвел первую

гастроэнтеростомию с иссечением привратника, зашиванием культи 12-перстной кишки и желудка наглухо в 1899 г. сорокалетней больной, страдавшей стенозирующим раком желудка. За два первых года работы С. И. Спасокукоцкий выполнил 8 гастроэнтеростомий с 4 смертельными исходами (на 5 больных раком).

Еще в начале своей работы в Смоленской больнице С. И. Спасокукоцкий высказался за радикальность лечения при раковых поражениях желудка и сам произвел две резекции по Экку — Бильроту. На Пироговском съезде в 1905 г. С. И. Спасокукоцкий сообщил о 81 гастроэнтеростомии, из которых 41 была произведена при раке желудка с 9 смертельными исходами и 40 операций — при рубцовом стенозе привратника с одной смертью. В 1907 г., т. е. всего через 8 лет после первой операции на желудке, С. И. Спасокукоцкий доложил VII Всероссийскому съезду хирургов о 270 желудочных операциях, в том числе 34 резекциях желудка.

В 1902 г. (через три года после первой операции на желудке) в журнале «Хирургия», № 12, была опубликована работа С. И. Спасокукоцкого «Непродоимость привратника желудка и ее хирургическое лечение». К 1909 г. почти половина всех операций на желудке в России была произведена лично им, в то время, когда в столичных клиниках работали такие видные хирурги, как С. П. Федоров, И. Н. Греков, В. А. Оппель и др.

А. Т. Богаевский в 1888 г. сделал резекцию желудка в Кременчугской больнице, которая была центром усовершенствования хирургического мастерства для врачей и студентов. Он лично производил до 600 операций на желудке в год. Деятельность А. Т. Богаевского была высоко оценена: в 1911 г. совет профессоров Киевского университета присвоил ему звание профессора.

Я. О. Гальперн, работая в Твери, также уделял большое внимание желудочной хирургии. Впервые гастроэнтеростомию он произвел в Смоленской больнице в 1906 г.

Сторонником гастроэнтероанастомозов при язве желудка был В. В. Успенский, начавший работать в Кологривской больнице Костромской губернии, а затем переехавший в Тверь. Им разработаны оригинальные операции при лечении послеоперационных пептических язв. В 1935 г. В. В. Успенский был удостоен ученой степени доктора медицины без защиты диссертации.

П. В. Кузнецкому (нижнетагильский хирург), выступившему уже на I Всероссийском съезде хирургов с докладом о произведенных операциях на желудке, Казанский университет также без защиты диссертации присвоил ученую степень доктора медицины. Особенно много Н. В. Кузнецкий работал над хирургическим лечением рака желудка.

В 1906 г. О. Я. Юцевич произвел резекцию желудка при прободной язве и на VI съезде российских хирургов высказал мысль, что резекция желудка должна стать операцией выбора.

Еще в начале развития желудочной хирургии И. К. Спиржарный один из первых в России пропагандировал оперативный метод лечения кровоточащих язв. На VI съезде российских хирургов им был поставлен вопрос о необходимости хирургического вмешательства при этом грозном осложнении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, т. е. за 27 лет до того, как Финстереру удалось доказать терапевтам и хирургам преимущество ранних операций при язвенных кровотечениях.

Ван Клиф в 1882 г. положил начало радикальному лечению кровоточащей язвы. Он произвел резекцию желудка больному 16 лет, страдавшему пилорическим язвой.

В 1900—1903 гг. С. П. Федоров применял для остановки желудочного кровотечения гастрозигеростомию, в то время считавшуюся одной из наиболее рациональных и безопасных операций, способствующих разгрузке желудка. Она применялась при острых желудочных кровотечениях, особенно в случаях одновременного сужения привратника. Эту операцию предложил и впервые удачно выполнил в 1889 г. Дуаен. В 1906 г. на VI съезде российских хирургов эта проблема была специально обсуждена. И. К. Спигарный высказался за немедленное оперативное вмешательство на основании двух личных наблюдений.

Большая хирургическая активность И. К. Спигарного и его коллектива позволили им представить IX съезду российских хирургов 110 случаев хирургического лечения язвы желудка. На этом съезде И. К. Спигарный выступал как защитник гастрозигероанастомоза в лечении язвы желудка и 12-перстной кишки.

В 1914 г. Р. Р. Бурспан доложил на собрании врачей Обуховской больницы в Петрограде об успешной операции иссечения язвы малой кривизны желудка с крупным аррозированной сосудом в центре у больной, длительно страдавшей язвенной болезнью. Это наблюдение дало автору основание ратовать за раннюю диагностику и раннее оперативное вмешательство при острых желудочных кровотечениях.

В 1922 г. на XV съезде российских хирургов И. Э. Гаген-Торн констатировал факт, что отечественные хирурги количеством операций при язве желудка значительно превзошли зарубежных (В. В. Успенский представил данные о 1600 операциях на желудке). Однако на очередном XVI съезде российских хирургов проблема острых желудочных кровотечений опять подверглась обсуждению. С. С. Кузьмин доложил о 4 операциях резекции желудка с одним летальным исходом и об одной успешной операции гастрозигеростомии. Докладчик рекомендовал при острых повторяющихся желудочных кровотечениях экстренную резекцию желудка, за исключением тех случаев, когда больной находится в состоянии коллапса. Такого же мнения придерживался В. А. Оппель.

П. Д. Соловов к этому времени имел уже опыт четырех операций обкалывания и перевязки сосудов при кровоточащих язвах с тремя летальными исходами, но тем не менее на съезде высказался за раннее оперативное лечение этих больных и во избежание коллапса советовал применять местную анестезию.

В 1928 г. в клинике С. И. Спасокукоцкого оперированы 7 больных по поводу острых язвенных кровотечений. В том же году на заседании Московского хирургического общества С. И. Спасокукоцкий высказался за немедленную операцию, причем методом выбора считал резекцию желудка.

Данные, опубликованные немецким хирургом М. Фридеманом в 1927 г. о 18 резекциях желудка при острых язвенных кровотечениях с одним летальным исходом, являлись наиболее убедительным доказательством эффективности хирургического метода лечения.

Пропагандируемые Н. Финстерером с 1918 г. и С. С. Юдным с 1930 г. ранние оперативные вмешательства в разгар кровотечения основывались на убеждении, что фактор времени играет решающую роль в исходе операции. Авторы настойчиво рекомендовали оперировать больных при первом сильном кровотечении из язвы, диагноз которой твердо установлен. Неудачи поздних операций они объясняли изменениями в паренхиматозных органах больного, наступающими в результате острого малокровия. Успех ранних резекций желудка определяется, по утверждению авторов, совершенствованием оперативной техники, методов обез-

боливания и введенным в практику переливания крови во время и после операции.

В настоящее время никто из хирургов не решается оперировать больных с острым язвенным кровотечением без гемотрансфузии в соответствующей дозировке как во время, так и особенно после операции. Первыми и наиболее активными пропагандистами этой техники в нашей стране был С. С. Юдин, в Германии — М. Фридеман, в Австрии — Н. Фиштерер, в Англии — Г. Гордон-Тейлор.

Очень большой вклад в хирургию желудка внесли С. П. Федоров и его ученики В. И. Шамов, Н. И. Еланский и др. В 1902 г. С. П. Федоров первым в России произвел тотальное удаление желудка с прямым эзофагодуденальным анастомозом.

В 1922 г. на XV съезде российских хирургов Н. И. Еланский сделал доклад «О злокачественном перерождении язвы желудка». Полученные им патологоанатомические данные при желудочных заболеваниях легли в основу современного учения о предраковых заболеваниях желудка.

Много оригинального в понимании патогенеза язвы желудка и ее хирургического лечения внесли И. И. Греков и его ученики (Обуховская больница). И. И. Греков долгое время оставался приверженцем пилоропластики и гастростомии при язве желудка, но был сторонником резекции желудка при раке.

Таким образом, в конце XIX и начале XX веков хирургия желудка в нашей стране развивалась очень быстро и достигла значительных успехов. Основоположником желудочной хирургии в нашей стране заслуженно следует считать С. П. Спасокукоцкого, который в своих работах развил основные положения желудочной хирургии.

С. И. Спасокукоцкий был убежденным и последовательным приверженцем резекции желудка при язвенных поражениях. Им предложено много оригинальных технических приемов и новых видов операций на желудке, а также разработан и описан прием рассечения суженного желудочно-кишечного соустья изнутри, создан новый вид пилоропластики.

С. И. Спасокукоцким предложено косое сечение желудка при резекции, которое в настоящее время является одним из основных приемов при модификации Гофмейстера — Фиштерера; способ закрытия культи 12-перстной кишки, вошедший в литературу под именем авторов, и много других технических приемов, способствующих большей безопасности операции.

Большую хирургическую деятельность развил в Ардатовской земской больнице В. С. Левит, ставший в дальнейшем выдающимся отечественным ученым. Особое внимание заслуживают его работы по хирургии кардиальной части желудка. Он является автором восьмой в мире и первой успешной резекции кардии в СССР. В. С. Левит не только разрабатывал операции на желудке, но и изучал изменения в организме, вызванные оперативным вмешательством.

Большой вклад в хирургию желудка внесли Ю. Ю. Джанелидзе и С. С. Юдин. Первый из них много сделал в ургентной хирургии желудка. В 1933 г. его работа «Гастро-дуденальное кровотечение язвенного происхождения и его хирургическое лечение» сыграла огромную роль в определении тактики при желудочных геморрагиях и во многом способствовала взаимопониманию между терапевтами и хирургами. Прекрасно понимая опасности профузных язвенных кровотечений и видя единственное спасение при угрожающих жизни геморрагиях в неотложной операции, Ю. Ю. Джанелидзе правильно оценил роль консервативной терапии.

С. С. Юдин был выдающимся в мире мастером операций на желудке. С 1928 г. впервые в институте им. Склифосовского С. С. Юдин производит первичную резекцию желудка при прободении язвы желудка и 12-перстной кишки. Обладая кипучей энергией и огромными организаторскими способностями, он сплотил вокруг себя выдающихся хирургов наших дней: Б. С. Розанова, Б. А. Петрова, Д. А. Арапова, П. А. Андросова и др. Коллективом института им. Склифосовского предложен надежный способ закрытия культи 12-перстной кишки методом «улитки», разработана методика первичной резекции желудка при прободных язвах и предложены многие другие усовершенствования желудочной хирургии.

По поводу возникновения пептических язв после резекции желудка С. С. Юдин указывал на решающую роль кислотно-пептического фактора.

Как известно, антральный отдел желудка выделяет гастрин, возбуждающий секреторную деятельность главных желез слизистой тела и дна желудка, обуславливая тем самым гуморальную фазу желудочной секреции. Поэтому при резекции желудка для исключения С. С. Юдин в упомянутой работе рекомендовал ее не по методу Финстерера, а «полностью иссечь слизистую оболочку, вплоть до самой 12-перстной кишки».

Говоря о желудочной хирургии в России нельзя не отдать должное и не оценить заслуг многих хирургов страны: А. Т. Лидского (Свердловск), Е. Л. Березова (Горький), А. Г. Савиных и П. К. Сапожкова (Томск и Иркутск), А. В. Вишневого (Москва), А. А. Русанова (Ленинград), В. С. Маята (Москва), М. П. Соколовского, В. В. Бабука, И. М. Стельмашонка и Н. Т. Петрова (Минск), Л. М. Ратнера (Свердловск).

В Белоруссии резекция желудка впервые была произведена в 1928 г. Ее начал выполнять профессор М. П. Соколовский при раке и неподдающихся длительному терапевтическому лечению язвах желудка; при пенетрирующих язвах и язвах со значительными деформациями желудка или со стенозом привратника. Резекция желудка им выполнялась по методу Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстерера.

С 1946 г. под руководством профессора Н. Т. Петрова резекция желудка начала применяться и в urgentной хирургии (прободные и острые кровоточащие язвы желудка и 12-перстной кишки). Операции производились под местной анестезией и под защитой струйного переливания крови.

В нашей стране ежегодно производится 50 000—60 000 резекций желудка при язве с максимальным выздоровлением и с минимальной летальностью. Однако в связи с небольшим процентом неудовлетворительных и плохих исходов появляются работы о постгастрорезекционных синдромах, рецидивах язв, послеоперационной инвалидности, разрабатывается техника повторных операций. Е. И. Захаров совершенствует разработанную в 1924 г. П. А. Куприяновым гастропластическую резекцию желудка. Начинается увлечение «вставками». Кишечные петли вставляются изо- и антиперистальтически, из тонкой и из толстой кишок. Среди хирургов все чаще раздаются голоса в пользу прямых гастродуоденальных анастомозов, более экономных резекций при язве и более строгих показаний к операции. Новая волна увлечений ваготомией началась за рубежом и поддерживается рядом отечественных хирургов. Появляются работы, утверждающие, что ваготомия с дренирующими операциями лишена многих недостатков, присущих ей в «чистом виде», и в то же время сохраняет желудок как орган.

При лечении перфоративных язв за рубежом используется метод

длительной аспирации желудочного содержимого. Метод предложен О. Вангенштейном (1937), Мулленом (1939) и внедрен в практику Тен-лором (1946). В СССР этот метод не нашел распространения и не может быть рекомендован.

IX пленум Всесоюзного научного общества хирургов (1966) обсудил результаты хирургического лечения острых язвенных кровотечений и впервые за последние десятилетия принял резолюцию, рекомендующую при всяком желудочном кровотечении начинать лечение с консервативных методов и прибегать к операции лишь при отсутствии эффекта от консервативного лечения.

За последние годы появились предложения лечить профузные гастродуоденальные кровотечения локальной гипотермией (Б. А. Петров и Н. Н. Корнев, 1969; Д. А. Арапов с сотрудниками, 1972) и даже искусственной медикаментозной (гексаметонин) гипотонией (Н. Л. Певцов, 1970). Разрабатываются методы безоперационной коагуляции язвы при желудочном кровотечении.

ЛИТЕРАТУРА

- Арапов Д. А. и соавторы. Хирургия, 1972, № 5.— Березов Е. Л. Хирургия пищевода и кардии. Горький, 1951.— Бурсиан Р. Р. Врачебная газета, 1914, № 24, 950.— Гальперн Я. О. Труды XVI съезда российских хирургов, Л., 1925, с. 473.— Гаген-Торн Н. Э. Труды XV съезда хирургов РСФСР, М., 1922.— Джанелидзе Ю. Ю. Вестник хирургии, 1934, № 34, кн. 100, с. 224.— Еланский Н. Н. Труды XXII съезда хирургов, М., 1922, с. 101.— Захаров Е. Н. Хирургия, 1957, № 8, с. 16.— Китаевский М. К. Мед. обозрение, 1881, XVI, 192.— Кузьмин С. С. Новый хирургический архив, 1924, № 2—3, т. 6.— Левит В. С. Краткие очерки советской хирургии. М., 1930.— Лидский А. Т. Вопросы хирургии, Свердловск, 1961.— Певцов Н. Л. Хирургия, 1969, № 11; 1970, № 3, с. 64.— Петров Б. А., Корнев Н. Н. Хирургия, 1967, № 5, с. 93.— Рязанов Б. С. Желудочное кровотечение и хирургическое лечение. М., 1960.— Русанов А. А. Резекция желудка и чрезбрюшинная экстирпация желудка, Л., 1961.— Саввинх А. Г. Вопросы хирургии пищевода и желудка, Томск, 1960.— Спасокукоцкий С. Н. Хирургия, 1902, 12, 71, с. 503; Труды IX Пироговского съезда, 1905, с. 45.— Спиджарный И. К. Труды VI съезда российских хирургов, М., 1907, с. 193.— Федоров С. П. Хирургия на распустье, М., 1927.— Успенский В. В. Труды XVI съезда российских хирургов, Л., 1925.— Эрк Н. В. Труды общества русских врачей в С.-Петербурге, в. 3, СПб., 1882, с. 239.— Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. М., 1935.— Юцевич О. Я. Труды VI съезда российских хирургов, М., 1907.— Савельев В. С. и др. Тезисы докладов на IX Пленуме правления Всесоюзного общества хирургов. Тбилиси, 1966.— Billroth T. Wien Med. Wschr., 1881, 31, 162; Wien Klin Wschr., 1891, 34, 624.