

В. М. ВЕЛИЧЕНКО, профессор
И. Н. СИПАРОВ, доцент

ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА

ИЗДАТЕЛЬСТВО «БЕЛАРУСЬ» МИНСК 1974

На основании экспериментальных исследований и клинических наблюдений в монографии рассматриваются вопросы хирургической тактики при обширных резекциях кишечника. Приводится материал, характеризующий функциональное и морфологическое состояние желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, минерального обмена после таких операций.

Установлены некоторые закономерности компенсации пищеварения в зависимости от резецированных отделов кишечника. Доказана ведущая роль в компенсации пищеварения терминального отдела подвздошной кишки, на основании чего даются рекомендации о сохранении его во время операции и разработаны целенаправленные лечебные мероприятия в ближайшем и отдаленном периодах.

Книга рассчитана на хирургов. Она может заинтересовать также патофизиологов и морфологов.

© Издательство «Беларусь», 1974

ПРЕДИСЛОВИЕ

Результаты экспериментальных и клинических исследований, полученные в последние годы, позволили глубже понять сущность многогранных процессов пищеварения с учетом нервно-эндокринных коррелятивных влияний не только на здоровый организм, но и при многих патологических состояниях и после оперативных вмешательств, нередко приводящих к значительной «поломке» анатомических и физиологических его систем.

В настоящее время особое внимание уделяется изучению роли двенадцатиперстной кишки в переваривании и всасывании пищи, в регуляции обмена веществ. То, что она является «узловым пунктом» пищеварения, убедительно показали в своих работах В. Н. Болдырев (1904), К. М. Быков (1932), И. Т. Курцин (1941). О. П. Куфарева (1948) считает двенадцатиперстную кишку центральным каналом гепато-панкреато-дуоденальной системы. По данным Б. П. Бабкина (1927) и А. М. Уголева (1963, 1966), в двенадцатиперстной кишке не только ферменты воздействуют на все главнейшие составные части пищи и продукты их расщепления, но здесь начинается и процесс всасывания.

Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки является сигнальной поверхностью, с которой пищевые раздражители стимулируют внешнесекреторную функцию

поджелудочной железы и выход желчи, активируют некоторые ферменты панкреатического сока (Н. Н. Кладницкий, 1902; Ф. Мандаки, В. Продеску, М. Джилартяну, 1960; А. М. Уголев, 1963). А. С. Сердюков (1899), И. П. Разенков (1948) и другие установили наличие запирательного рефлекса из двенадцатиперстной кишки на привратник. П. Г. Богач (1961) показал, что механо- и хеморецепторы желудка и двенадцатиперстной кишки играют важную роль в регуляции моторной функции кишечника.

Обширные резекции тонкого кишечника являются вынужденными операциями и выполняются чаще всего при острой кишечной непроходимости. Несмотря на 90-летнюю давность этой операции, многие вопросы, связанные с ней, остаются нерешенными.

По-разному оценивается допустимый объем резекции тонкого кишечника. Так, П. Н. Макушкин (1951), А. В. Карлова (1955) считают, что без вреда для организма можно удалить половину тонкого кишечника. Б. Д. Стасов (1913), М. А. Кимбаровский (1931) допускают удаление $7/8$ тонкой кишки. Однако Senn (1888), Prioleau (1944), Saco, Blackman (1962) располагают данными, что удаление только $1/3$ тонкого кишечника приводит к истощению и смерти больного. Столь разноречивые мнения не случайны. Они вызваны тем, что многие авторы при объяснении результатов операций не учитывали, какой отдел кишечника резецирован.

Некоторые физиологи и клиницисты считают удаление верхнего отдела тонкого кишечника более опасным (А. Д. Ватман, 1935; Trzebicky, 1894; Kukula, 1900; Baldwin-Price a. oth., 1965). По мнению других авторов (Е. С. Лондон, Сивре, 1910; В. С. Семенов, 1959, 1968; Nuqaard, Knut, 1967), больные лучше переносят резекцию тощей кишки, чем подвздошной.

Остается спорным вопрос: какую резекцию тонкого кишечника считать обширной? Так, П. Н. Макушкин

(1951), В. С. Семенов (1959), Л. П. Муцениеце (1961), Kukula (1900) к обширным резекциям относят удаление 1 м, в то время как М. А. Кимбаровский (1931), Э. Я. Кенигсберг (1949, 1957), П. Д. Рогаль (1957) и другие обширной резекцией считают удаление не менее 2 м тонкого кишечника, так как именно после такого объема операции наблюдаются нарушения обмена веществ.

Разноречивы литературные данные и о значении илеоцекального угла в компенсации пищеварения. На важную роль баугиниевой заслонки в компенсации пищеварения после обширной резекции тонкого кишечника указывают В. С. Семенов (1968), С. Н. Геных (1969). Согласно наблюдениям Е. А. Дыскина (1965), резекция илеоцекального угла в физиологическом отношении является крайне нежелательной, в то время как С. Д. Верник, Э. А. Волченко (1965), С. П. Вилесов, А. Г. Сергеев (1967), В. И. Филин (1970) не отмечали нарушений пищеварения после его удаления. Разные мнения связаны с тем, что во время исследований не учитывались размеры удаленного терминального отдела подвздошной кишки.

До настоящего времени не решен вопрос о выборе соустья после обширной резекции тонкого кишечника, включая терминальный отдел подвздошной кишки. Ответа на этот вопрос мы не находим и в последних руководствах по хирургии. Ф. Г. Углов (1954) рекомендует соединять дистальный конец тонкого кишечника не с оставшимся небольшим участком подвздошной или слепой кишки, а с поперечно-ободочной кишкой. Однако еще в 1939 г. на заседании Ленинградского хирургического общества было высказано мнение, что при обширных резекциях тонкого кишечника с гангреной его терминального отдела необходимо накладывать анастомоз на слепую кишку (Ю. Ю. Джанелидзе, 1939; Е. С. Драчинская, 1939; Г. Ф. Петрашевская, 1939; В. Л. Теплиц, 1939).

Недостаточно изучены функции и морфологическое состояние печени, поджелудочной железы, желудка,

оставшегося кишечника после обширных его резекций. Нет работ, посвященных изучению функции указанных органов после удаления различных отделов тонкого кишечника с учетом наложенного анастомоза.

В. Е. Руруа, Л. К. Закревский (1955) и другие считают, что удаление толстого кишечника переносится человеком без особых последствий. И. И. Мечников (1913) высказался даже, что толстый кишечник является одним из бесполезных наследств наших зоологических предков. В противоположность этому П. П. Брюханов (1913) признает за толстым кишечником роль компенсирующего органа после резекции тонких кишок. А. В. Риккль и С. П. Глинская (1935), И. Б. Куваева (1957) установили, что секрет толстого кишечника содержит ряд пищеварительных ферментов. По сообщениям Л. Н. Смирнова (1958), С. Я. Михлина с соавторами (1958), А. В. Фроликс (1964), микрофлора толстого кишечника участвует в синтезе витаминов группы В.

В течение 12 лет нами производилось тщательное изучение клиники и методов лечения 166 больных по поводу различных заболеваний и с последствиями обширных резекций кишечника. Для решения спорных вопросов выполнены экспериментальные исследования на 97 животных (собаках).

Произведены комплексные исследования по изучению особенностей компенсации моторной и секреторной функций желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, некоторых видов обмена веществ и морфологических изменений органов после удаления двенадцатиперстной, тощей, подвздошной и толстой кишок.

В работе приведены новые материалы, касающиеся хирургического лечения и ведения больных после резекции различных отделов кишечника. Установлены определенные закономерности компенсации пищеварения, которые позволяют проводить патогенетически обоснованную терапию.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ КИШЕЧНИКА

Желудочно-кишечная патология является одной из наиболее актуальных проблем хирургии. Диагностике и лечению заболеваний кишечника посвящено большое количество работ. Мы будем касаться лишь тех болезней, при которых наиболее часто производится резекция кишечника, освещая в основном вопросы предоперационной подготовки, хирургической тактики и ведения послеоперационного периода.

Улучшение диагностических возможностей и развитие анестезиологии способствовали становлению хирургии гепато-панкреато-дуоденальной области. Сравнительно широко начали производиться панкреато-дуоденальные резекции и панкреатодуоденэктомии при раке головки поджелудочной железы, фатерова соска и двенадцатиперстной кишки, при хронических панкреатитах и травмах двенадцатиперстной кишки (В. Ш. Работников, 1961; В. Д. Келеман, Г. П. Кавтунович, 1963; Н. С. Макоха, 1963; Н. С. Макоха, В. Т. Куламинов, 1969; Brunschwig, 1952; Salyer, Mc. Clelland, 1967, и др.).

Среди хирургов, выполняющих радикальные операции в панкреато-дуоденальной зоне, сторонников полного удаления поджелудочной железы мало ввиду низкой эффективности последующей заместительной терапии. Однако Г. С. Сабецкая (1960), А. В. Смирнов (1961),

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Хирургическая тактика при обширных резекциях кишечника .	7
Клиническая характеристика больных и экспериментальных животных после резекций кишечника	20
Секреторно-эскреторная функция желудка и секреторная функция кишечника	39
Моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта .	46
Функции печени и поджелудочной железы	64
Морфологические изменения в печени, поджелудочной железе, желудке, тонкой и толстой кишках	86
Особенности компенсации пищеварения после резекции кишечника	94
Лечебные мероприятия	102
Заключение	110
Литература	117