

Beszámoló a Sacharov-féle gyomorcsomkolási eljárásról

Írta: Clemens Marcell dr. és Nagy Sándor dr.

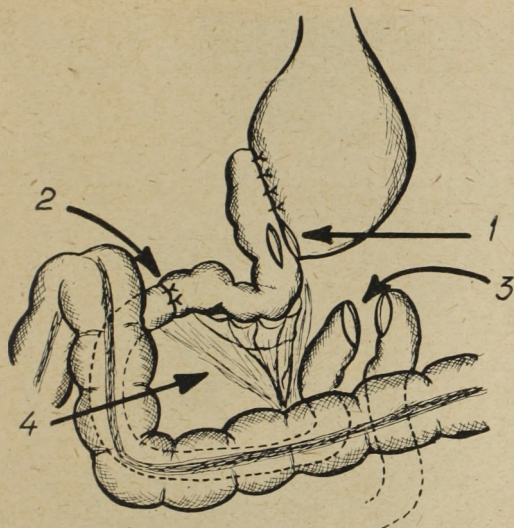
1938-ban a leningrádi Pirogov sebésztársaság tudományos ülésén E. I. Sacharov érdekes új gyomorresectio eljárásáról számolt be. Az eljárás lényege, hogy a gyomorcsomk és a duodenum közé jejunum kacsot iktat. A methodus előnye, hogy a gyomorürülés szabályozása által elejét veszi az esetleges dumping szindrómának és előnyösebb emésztési és felszívódási viszonylatokat teremt az általánosan alkalmazott Billroth II. típusú gyomorresectióknál.

Az eljárás tanulmányozására 1959. őszén Sacharov professzor meghívása alapján két hetet töltöttünk a simferopoli II. sz. sebészeti klinikán. Úgy gondoljuk, hogy bár az irodalomban több orosz- és németnyelvű cikk jelent meg fenti eljárásról, nem lesz hiábavaló, ha arról személyes tapasztalataink alapján beszámolunk. A beszámolónkhoz felhasználjuk a rendelkezésünkre bocsájtott Röntgen-felvételeket.

Előljáróban meg kell említeni, hogy a methodust kísérletesen P. A. Kuprianov dolgozta ki 1924-ben. Sacharov 1938-ban végezte az első két műtétet, majd betegeit hosszasan tanulmányozta és miután meggyőződött eljárása kedvező postoperatív eredményéről is, több hasonló műtétet végzett. 1948-ban Sacharov már 13 ilyen módon operált betegéről számol be és itt ismerteti pontosan az eljárás technikai részét is. Jelenleg methodusának alkalmazását minden olyan gyomorcsomkolásnál indokoltnak tartja, ahol a duodenum, átvágásának magasságában nem heges. Utóbbi eseteknél viszont inkább Billroth II. szerinti resectiot javasol.

Sacharov eljárásának, melyet „vékonybél plasztikával végzett gyomorresectionak” nevez, menete a következő: Felső középső hasmetszés után scelétisáljuk és resecáljuk a gyomor distalis kétharmad vagy háromnegyed részét. A gyomor és a duodenum csomkját gondosan lefedve előemeljük a colon transversumot és a mesocolonon nyílást készítünk. Megkeressük a jejunum oralis részét, tájékozódunk vérellátásáról, majd ennek megfelelően kiválasztjuk az említett kacs kb. 20–30 cm-es kiiktatásra kerülő szakaszát. A mesenterium megfelelő behatása és a szükséges árkádok átvágása után belfogók között a kiiktatásra kerülő jejunum-szakasz oralis és aboralis végénél a vékonybelet átvágjuk. A kiiktatott vékonybél kacsot a mesocolon nyílásán át a felső hasba juttatjuk. Oralis végét zárjuk, majd ezen szakaszát ráfektetve a gyomorcsomokra end-to-side gyomor vékonybél anastomosiszt készítünk. Ezen anastomosis, mint láttuk, bő és két ujjat bőven befogad. A felvezetett jejunumkacs aboralis végétég a véghez anasto-

misáljuk a duodenummal. Tekintettel, hogy a közbeiktatott kacs hossza nagyobb a gyomorcsonk és a duodenumcsonk közti távolságnál, a varratsorok feszülésére nem kerülhet sor, sőt a közbeiktatott kacs egy vagy több kanyart alkotva helyezkedik el. A továbbiakban a mesocolon nyílást gondosan kiöltjük, a rajta át-bújtatott vékonybélkacs mesenteriumához. A műtét befejezésekként vég a vég-hez anastomosissal állítjuk helyre a vékonybél folytonosságát. (1. ábra.) Ugyan-ekkor a megfelelő mesenterium széleket mindkét felszínen egyesítjük.



1. ábra.

1. Gyomor és közbeiktatott jejunumkacs közötti anastomosis készítése.
2. Befejezett anastomosis a közbeiktatott kacs aboralis vége és a duodenum kötött.
3. A mesocolon-nyíláson anastomosis elkészítése céljából felhúzott jejunumvègek.
4. A közbeiktatott kacs mesenteriuma.

Mint láttuk, az eljárás a szokványos resectioknál lényegesen bonyolultabb, mégis kellő gyakorlattal 2 órán belül könnyen elvégezhető.

Sacharov eljárása a Billroth I. műtét elvét, a fiziológiásabb gastro-duodenalis passage helyreállítását valósítja meg. Előnye az eredeti Billroth I.-el szemben az, hogy az anastomosis varratsora sohasem kerülhet feszülés alá és ezért annak szétválásától nem kell tartani. Tekintettel, hogy ezen műtét elvégzésekor varratfeszüléstől nem kell tartani, az sem fordul elő, hogy a sebész, félve az esetleges varratfeszüléstől — mint azt Billroth I.-nél néha látni lehet — nem resécál megfelelő nagyságú gyomorrészt.

Az eljárással szemben felhozott azon ellenvetés, hogy a gyomornak olyan vékonybélkaccsal való közvetlen összeköttetése, mely fiziológiás körülmények között nem érintkezik savanyú gyomortartalommal, könnyen pepticus fekély keletkezését eredményezheti, a gyakorlatban nem igazolódott be. Kutyakísérletekben is csak akkor keletkezett fekély a gyomorcsonk és duodenum közé iktatott vékonybél szakaszon, ha igen kis gyomorrészt távolítottak el és így a gyomor savtermelése változatlan maradt.

Mint láttuk, a leírt műtét utókezelése megfelel annak, amit a szokásos gyomoroperáltaknál alkalmazunk. A betegek gyomortartalmát a műtét utáni első 3 napon reggel és este rendszeresen le kell szívni. 3 napon túli retentio általában nem fordul elő.

Az általános műtéti megterhelést illetően azt tapasztaltuk, hogy a betegek a helyi érzéstelenítésben vagy gépi altatásban végzett műtétet a szokásos gyomorcsokolásokhoz hasonlóan jól tűrték. A műtéti mortalitás 120 gyomorreseccionál 4 vagyis 3 százalékos volt.

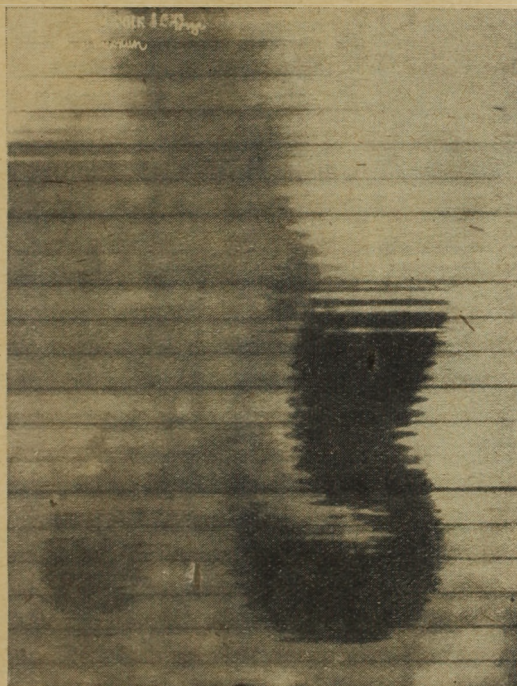


1. eset. Bö tényérnyi gyomorcsokonk. Alsó pólusa és a duodenum pars horisontalis superiorja között jól ábrázolódik a transzplantált vékonybélkacs. Tágassága rendes, redőzete megtartott, nem durvább.

Alkalmunk volt a régebben operált és ellenőrzésre berendelt betegekkel elbeszélgetni. Mindnyájan jól érezték magukat, előbbi foglalkozásukat üzték, Híz-tak, édes ételeket és tejet is egyformán jól tűrték. Az ellenőrző vizsgálatoknál Röntgen ernyő alatt megfigyelhettük a gyomorcsokonk igen lassú, szakaszos ürü-lését. Általában másfél, de néha csak 2 óra alatt ürül ki teljesen a gyomor. Sa-charov szerint a lassú ürülést a közbeiktatott kacs aktív peristalticája biztosítja. Véleményünk szerint ennek biztosításában szerepe lehetett annak a mechanikus tényezőnek is, hogy a közbeiktatott kacs hosszabb lévén a gyomorcsokonk és pat-kóbél közötti távolságnál, többszörös kanyarokat szenvedett. Élénk peristalticát figyelhettünk meg közbeiktatott kacson (2, 3, 4. ábra.) A bariumpép a továbbiak-ban a duodenumon s felső vékonybél szakaszokon is csak lassan haladt előre. Megítélésünk szerint a Sacharov-féle gyomorcsokolási eljárásnál tapasztalt igen

jó emésztési és felszívódási viszonyok annak tudhatók be, hogy a gyomorcsont csak igen lassan ürül és így a gyomorban és következményeképpen az emésztésben oly fontos patkóbélben is aránylag sokáig időz a táplálék. A lassú ürülés biztosítja továbbá azt is, hogy az eljárással operáltak között nem lehet dumping syndromás betegeket észlelni.

Kísérletesen kimutatták, hogy a Sacharov-féle eljárással operáltak székletében a felvett zsírmennyiségnek csak 4—5%-a távozott felhasználatlanul, míg ugyanekkor ez a százalék Billroth II. szerint csontkoltagnál 27% volt.



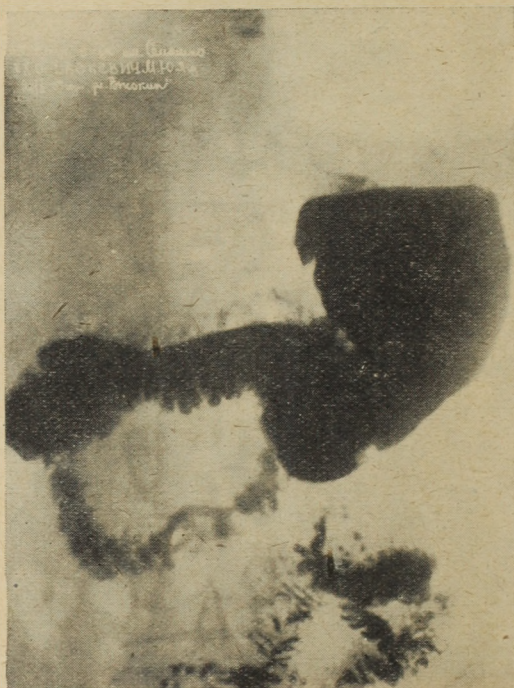
A 2. ábrán látható gyomor kymogrammja. A csontkontúrokon és a transzplantált bélkacs minden részletén aktív működés, jó peristaltica látható.

A total gastrectomiáknál Sacharov a partialis resectiókhoz hasonlóan jár el azzal a különbséggel, hogy itt hosszabb jejunum kacsot iktat ki és ezt kapcsolja az oesophagus és a duodenum közé.

A Sacharov-féle eljárás térhódítására jellemző, hogy a szovjet sebésztársaság 1959. moszkvai nagygyűlésén többen, így Vilavin, Androsov és Rosanov professzorok is a Sacharov-féle methodussal nyert kedvező tapasztalataikról számoltak be. Jelanszkij professzor a klinikáján tett látogatásunk alkalmával főleg a total gastrectomiák esetében tartja Sacharov eljárását igen előnyösnek.

A gyomorresectiók számának erős szaporodásával mind nagyobb jelentőséget nyernek a resectiók utáni késői utópanaszok. Így főleg általános gyengeség, fogyás és dumping syndroma. Ezen panaszok pathogenesisében a túl gyors gyomor- és vékonybélpassagenak van szerepe. Ennek kiküszöbölésére a meg-

szokott és már klasszikusnak számító gyomorresectio eljárásokkal szemben az utóbbi években sokan kísérelték meg újabb műtéti eljárások kidolgozását. Így Sacharov-tól függetlenül, de nála sokkal később, 1951-ben Biebl és 1952-ben Henley is a gyomorcsonk és a duodenum közé vékonybél szakasz beiktatását javasolja a passage lassítása érdekében. Mások (Szutrély, Feszler és Böszörményi, Clemens) ezen megoldást korrekciós műtétként javasolják azon gyomorcsonkolt betegek részére, kiknek súlyos dumping syndromás panaszai diétás és belgyógyászati kezelésre nem javulnak.



2. eset. Műtét után 2 évvel. A csonk tenyérnyi, nem tágult ki lényegesen. A kontrasztanyag felett ujjnyi secretiós réteg. A közbeiktatott vékonybélkacs normális tágasságú, redőzete rendezett. A passage lassú.

Befejezőképpen ezúton is hálás köszönetet mondunk Sacharov professzornak szíves vendéglátásáért és azért, hogy alkalmat adott részünkre eljárásának tüzetes tanulmányozására.

Összefoglalás.

Szerzők E. I. Sacharov professzor klinikáján tett tanulmányútjuk után beszámolnak Sacharov gyomorcsonkolási eljárásáról. Ennek lényege, hogy a dumping syndroma kiküszöbölésére és az emésztési és felszívódási viszonyok javítása érdekében a lassú gyomorürülést a gyomorcsonk és a duodenum közé iktatott vékonybél kaccsal biztosítjuk. A klinikai tapasztalatok azt bizonyítják, hogy ezen eljárással operált betegeknél a megszokott és gyorsult ürüléssel összefüggő késői utópanaszok nem lépnek fel.

Д-р М. Клеменс и д-р Ш. Надь:

О РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО МЕТОДИКЕ САХАРОВА

Возвратившиеся из образовательной экскурсии на клинке профессора Е. И. Сахарова, авторы излагают метод по Сахарову резекции желудка. Техника операции заключается в том, что с целью устранения „dumping” синдрома и улучшения условий для пищеварения и всасывания медленное опорожнение желудка обеспечивается при помощи петли тонкой кишки, вставленной между культию желудка и двенадцатиперстной кишкой. Клинические наблюдения указывают на то, что у больных, оперированных такой методикой, обычные поздние послеоперационные жалобы на ускоренное опорожнение не появляются.

Dr. M. Clemens, Dr. S. Nagy:

BERICHT ÜBER DAS SACHAROWSCHEN MAGENAMPUTATIONSVERFAHREN

Nach einer Studienreise zur Klinik des Professors E. I. Sacharow berichten Verfasser über das Sacharowschen Magenamputationsverfahren. Dessen Wesentliche besteht darin, dass zwecks Behebung eines Dumping-Syndroms, sowie Verbesserung der Verdauungs- und Absorptionsverhältnisse wird die langsame Magenentleerung durch eine zwischen dem Magenstumpfe und Duodenum eingeschaltete Dünndarmschlinge gesichert. Die klinischen Erfahrungen weisen darauf hin, dass bei mit diesem Verfahren operierten Patienten treten die sonst gewöhnlichen und mit beschleunigter Entleerung zusammenhängenden späteren Nachbeschwerden nicht auf.

Budapesti Orvostudományi Egyetem Orthopédiai Klinikája (igazgató: dr. Glauber Andor egyet. doc.) közleménye

A tuberositas tibiae szakításos törése

Írta: Szilágyi Pál dr., Sillár Pál dr.

A térdízület extensor-apparátusának sérülései közül leggyakrabban a patella törésével, ritkábban a m. quadriceps és ligamentum patellae proprium szakadásával találkozunk. A tuberositas tibiae szakításos törése igen ritkán fordul elő. Ezt a kórképet először Key írta le (1827), majd Morgan (1853), Malgaigne és Pitha (6) közölték néhány esetüket. Janssenek (3) az irodalomból összegyűjtött 50 esetben steril nekrosisok is szerepelnek, rajta kívül Linkenheld hasonlóan összegyűjtött esetei tekinthetők számottevőeknek.

A törés fiatal korban jön létre, az esetek többségét 14—20 életév között találjuk. Ez a tény minden kétséget kizáróan a tuberositas tibiae csontosodási viszonyaival áll kapcsolatban.

A tuberositas tibiae helyén 10 éves korban egy csőrszerű dudort találunk, mely a tibia proximalis epiphysisével synchondrosist képez és csak aránylag későn jön létre a csontos összeköttetés kialakulása.

A törés hirtelen jelentkező, indirekt erőbehatásra jön létre, amikor a térdízület hajlított helyzetében a musculus quadriceps igen erős contractioa kerül. A térdhajlításkor fokozott feszülés alatt levő extensor-apparatus tehát a hirtelen görcszerűen fellépő izomösszehúzódás következtében egy újabb megterhelés alá kerül, mely erő a tuberositas tibiae synchondrosisán érvényesülve annak leszakadását, vagy esetleges elmozdulását eredményezi. Zetkin (7) véleménye szerint a sérülés létrejöttében nagy jelentősége van az oldal-szalagsérülés következtében fennálló lötyögő térdízületnek.