

Профессор И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ
Зав. кафедрой госпитальной хирургии

ПРОБОДНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

(По данным лечебных учреждений Витебской области)

Вопросу лечения прободных язв желудка и 12-перстной кишки посвящено большое количество работ. Однако некоторые вопросы до сих пор остаются не полностью разрешенными. К числу их относятся: отсутствие полной ясности в выборе метода операции при прободении язвы; недостаточно изучены отдаленные результаты у этой категории больных; не в полной мере выяснена у них трудоспособность после операции; остается открытым и такой вопрос, как связь между отдаленными результатами и локализацией первичной язвы. Дать ответ на эти и некоторые другие вопросы и является задачей данного сообщения.

В настоящем сообщении анализу подвергаются данные по прободным язвам желудка и 12-перстной кишки, собранные нами из всех лечебных учреждений гор. Витебска и Витебской области за 6 лет — с 1949 года по 1954 год включительно. За этот период с прободными язвами на лечении находилось 489 больных, из которых оперативному лечению подверглись 475 больных и не оперировано 14 больных, имевших прикрытую перфорацию.

Таблица 1

№№ п. п.	Наименование лечебного учреждения	1949 год	1950 год	1951 год	1952 год	1953 год	1954 год	Всего больных
1	Обл. клиническая больница	26	13	20	16	16	26	119
2	Гор. клиническая больница	22	17	15	9	10	10	83
3	Полоцкая гор. больница	—	—	—	—	17	9	26
4	Оршанская больница им. Ворошилова	10	24	13	6	12	14	79
5	Оршанская больница им. Семашко	—	3	8	3	10	12	36
6	Районные больницы	4	2	10	25	47	60	146
Всего:		62	61	63	57	112	131	489

Поступление больных по годам в лечебные учреждения представляется в следующем виде (табл. 1).

Из приведенной таблицы видно, что количество больных с прободными язвами в первые четыре года (1949—1952 годы) находится приблизительно на одинаковом уровне; в 1953 и 1954 гг. количество этих больных возросло в два с лишним раза. Увеличение прободных язв следует объяснить как приростом населения, так и неудовлетворительным состоянием диспансеризации и лечения язвенных больных в терапевтических стационарах. С другой стороны, эта таблица показывает и исключительное явление: с каждым годом увеличивается количество больных, оперированных в районных больницах, что является большим достижением советского здравоохранения.

В отношении сроков госпитализации больных с прободными язвами мы имеем следующую картину:

Из 489 больных в первые 6 часов поступило 185 больных (37,8%), в срок от 6 до 24 часов — 201 больной (41,1%) и позднее 24 часов от начала прободения поступило 103 больных (21,1%). Из 162 больных, госпитализированных из данного населенного пункта, в первые 24 часа поступило 150 больных (92,6%) и позднее 24 часов — 12 больных (7,4%); из 327 больных, поступивших из сельской местности, в первые 24 часа госпитализировано 282 больных (86,2%) и позднее 24 часов — 45 больных (13,8%).

Чтобы выяснить, улучшилась ли госпитализация этой группы больных, нами для сравнения взяты 1949 и 1954 гг. Так, из 62 больных, лечившихся в 1949 году, в первые 6 часов поступило 14 больных (22,6%), в срок от 6 до 24 часов — 31 больной (50%) и позднее 24 часов — 17 больных (27,4%). В 1954 году госпитализация больных (131) характеризуется следующими данными: в первые 6 часов поступило 74 больных (56,5%), между 6 и 24 часами — 43 больных (32,8%) и после 24 часов — 14 больных (10,7%).

Приведенные данные показывают, что имеется некоторый сдвиг в сторону более ранней госпитализации больных с прободными язвами, но далеко недостаточный. Из этого можно сделать заключение, что врачи как в городах, так и на селе все еще недостаточно уделяют внимания своевременной госпитализации больных. Поздняя госпитализация этой категории больных зависит от несвоевременного обращения самих больных за медицинской помощью, запоздалой диагностики врачами в результате недостаточной их квалификации и от несвоевременного предоставления транспортных средств, в особенности на селе.

Из 475 больных, подвергшихся операции, с прободной язвой желудка было 319 (71,8%) и с прободной язвой 12-перстной кишки — 134 (28,2%). А. В. Мельников приводит следующие данные: прободная язва желудка им наблюдалась у 64,2% и 12-перстной кишки — у 32,8% больных.

Локализация язвы у оперированных больных была следующая: привратник — у 165 больных (34,3%), малая кривизна — у 136 больных (28,6%), 12-перстная кишка — у 134 больных (28,2%) и препилорический отдел желудка — у 42 больных (8,9%).

При диагностировании прободной язвы мы пользуемся как анамнезом, так и данными объективного исследования. При опросе больных нами выясняется не только момент прободения, но и предшествующие язвенные симптомы. При этом следует помнить, что прободение иногда происходит без предшествующих симптомов язвы. По данным В. П. Вознесенского, это наблюдается в 4,7%, по данным Н. М. Стельмашонка — в 11,8%. В этих случаях диагноз прободной язвы основывается главным

образом на признаках объективного характера. Заключительным методом исследования у нас является обзорная рентгеноскопия брюшной полости, при помощи которой выявляется наличие газового пузыря под диафрагмой. Однако и этот симптом в 35 — 40% отсутствует, преимущественно при прободной язве 12-перстной кишки. Особенно большое значение рентгеновский метод исследования имеет при наличии прикрытой перфорации язвы желудка, при которой другие симптомы отсутствуют.

Характер оперативных вмешательств при прободных язвах у нас был следующий: резекция желудка произведена 49 больным, ушивание прободного отверстия плюс гастроэнтеростомия — 10 больным, только ушивание — 181 больному и ушивание плюс пластика сальника на ножке — 235 больным. Как отмечалось выше, 14 больных с прикрытой перфорацией не оперировались. Однако следует отметить, что такая тактика является неправильной, и больные с прикрытой перфорацией также должны оперироваться в срочном порядке.

Из приведенного видно, что основной операцией при прободных язвах желудка и 12-перстной кишки у нас является ушивание прободного отверстия. Относительно небольшое количество резекций связано с тем, что подавляющее большинство дежурных хирургов не владеет техникой этой операции. Большому количеству больных произведено ушивание прободного отверстия с последующей пластикой сальника на ножке. Применение этого метода перед простым ушиванием имеет то преимущество, что можно ограничиться одноэтажным швом. Пользование одноэтажным швом и пластикой сальника на ножке не приводит к деформации желудка, а при локализации язвы в области привратника и 12-перстной кишки предупреждает развитие стеноза. При прободных язвах привратника и 12-перстной кишки мы широко пользуемся предложением Цимхеса, заключающимся в том, что перфорационное отверстие закрывается за счет стенки желудка, находящейся вне язвенного инфильтрата. Применением этого метода, а также пластикой сальника на ножке, предупреждающих стеноз привратника, и следует объяснить небольшое количество у нас гастроэнтеростомий.

После ушивания прободного отверстия брюшная полость тщательно очищается от содержимого желудка, в нее вводится 300 — 500,000 МЕ пенициллина. В послеоперационном периоде пенициллин применяется внутримышечно, внутривенно капельным способом вводится физиологический раствор хлористого натрия, глюкоза и другие заменители крови.

Непосредственные результаты при прободной язве у нас следующие: из 475 оперированных больных выздоровело 424 (89,3%) и умер 51 больной (10,7%). Следовательно, средняя летальность по области за 6 лет составляет 10,7%. Причиной смерти у большинства больных явился перитонит. Всем умершим больным во время операции произведено ушивание прободного отверстия, после резекции желудка летальных исходов не было. Правда, все эти больные оперированы в первые 6 часов от момента прободения.

Для сравнения процента летальности ближе всего подходят данные лечебных учреждений Ленинграда, приводимые И. И. Неймарк (цитата по А. В. Мельникову). Из этих данных следует, что из 649 больных, которым произведено ушивание прободного отверстия, умерло 104 больных (16%).

Летальность по годам у нас представляется в следующем виде (табл. 2):

Таблица 2

Г о д ы	Оперировано больных	Умерло больных	
		количество	%
1949	50	12	20,3
1950	59	6	10,2
1951	64	5	7,8
1952	57	9	15,8
1953	110	12	10,9
1954	126	7	5,6
Всего	475	51	10,7

Как видно из таблицы 2, наибольшая летальность (20,3%) наблюдалась в 1949 году и наименьшая (5,6%) — в 1954 году, причем снижение наступило после повышения летальности в 1952 и 1953 гг. Это повышение летальности, несомненно, связано с ослаблением внимания к этой категории экстренных больных.

Летальность при прободных язвах по отдельным лечебным учреждениям такова (табл. 3):

Таблица 3

№№ п. п.	Наименование лечебного учреждения	Опериро- вано больных	Умерло	
			колич.	%
1	2	3	4	5
1.	Областная клиническая больница	116	11	9,5
2.	Городская клиническая больница	76	4	5,2
3.	Полочная городская больница	26	3	11,5
4.	Оршанская больница им. Ворошилова	78	14	16,7
5.	Оршанская больница им. Семяшко	36	7	19,4
6.	Районные больницы	143	11	7,7
	Всего	475	51	10,7%

Неодинаковый процент летальности в отдельных лечебных учреждениях, несомненно, связан с разными контингентами больных. Так, в областной клинической больнице, Полочной городской больнице и оршанских больницах большее количество больных падает на жителей села, госпитализация которых, как мы видели, является наиболее запоздалой; кроме того, в эти лечебные учреждения из сельских местностей направляются более тяжелые больные. Однако обращает на себя внимание более высокий процент летальности в оршанских больницах. Следовательно, высокая летальность в этих больницах не может быть объяснена только поздней госпитализацией больных, но, очевидно, имеются и другие причины, требующие тщательного изучения.

Анализируя летальные исходы в зависимости от срока поступления больных, мы установили, что среди 185 больных, госпитализированных в первые 6 часов от момента перфорации, летальных исходов не было; из 201 больного, поступившего в срок от 6 до 24 часов, умерло 30

(14,9%), а из 103 больных, поступивших позднее 24 часов, умер 21 (20,4%).

О зависимости летальности от фактора времени свидетельствуют и следующие показатели: из 162 больных, госпитализированных из данного населенного пункта, умерло 8 больных (4,9%), а из 327 больных, доставленных из сельских местностей, умерло 29 больных (8,9%).

Что говорят литературные данные о зависимости летальности от фактора времени? По данным Н. Е. Дудко, при операции в первые 6 часов летальность составляет 1,95%, от 6 до 12 часов — 19,54%, от 12 до 24 часов — 43%, от 24 до 36 часов — 80% и после 36 часов — 100%. Данные зарубежных авторов таковы: летальность среди больных, доставленных в первые 12 часов, составила 14,6%, от 12 до 24 часов — 42,6% и позднее 24 часов — 61,5% (Бакей, Бартель, Грехем и др.).

Приведенные данные показывают, что имеется тесная связь между летальностью и сроками госпитализации больных. Немалое значение для послеоперационного исхода имеет выбор операции, а также лечение этих больных в послеоперационном периоде. Отсюда следует, что снижение летальности при прободных язвах должно идти по линии более ранней госпитализации больных, применения им наиболее показанных операций, проведения тщательного лечения в послеоперационном периоде.

Отдаленные результаты нами изучены у 221 больного, из которых 12 человек осмотрены лично и у 209 — по анкетным данным. Срок наблюдения составляет от одного года до шести лет.

Остальные необходимые сведения нами взяты из историй болезни.

По полученным ответам, а также на основании результатов осмотра все больные нами разделены на четыре группы: 1) в первую группу отнесены больные, которые после операции чувствуют себя совершенно здоровыми, т. е. употребляют всякую пищу, выполняют прежнюю работу и не чувствуют никаких болей под ложечкой; 2) во вторую группу вошли больные, получившие после операции значительное улучшение; у этих больных после грубой пищи, а также после тяжелой физической работы появляются боли под ложечкой и некоторые диспептические расстройства (отрыжка, изжога и пр.), но в меньшей степени, чем до операции; большинство этой группы больных также продолжают выполнять прежнюю работу; 3) в третью группу включены больные, у которых после операции остались боли под ложечкой и диспептические расстройства, наблюдавшиеся до операции. Все эти больные находятся на легкой диете, переведены на облегченную работу или инвалидность и являются постоянными посетителями лечебных учреждений; 4) и, наконец, в четвертую группу отнесены больные, которые после операции чувствуют ухудшение и полностью являются нетрудоспособными.

Отдаленные результаты после всех методов оперативного лечения больных с прободными язвами желудка и 12-перстной кишки представляются в следующем виде: из 221 больного полное излечение наступило у 46 больных (20,8%), значительное улучшение получили 100 больных (45,3%), операция оказалась не эффективной у 71 больного (32,1%) и наступило ухудшение у 4 больных (1,8%).

Следовательно, положительные результаты получены в 66,1% числа опрошенных нами больных. Эти больные по нашей классификации относятся к первой и второй группам.

В зависимости от характера оперативного вмешательства отдаленные результаты таковы: после резекции желудка все больные (12 чел.) считают себя излеченными от язвенной болезни; из 114 больных, которым было произведено ушивание прободного отверстия с пластикой сальника на ножке, выздоровел 21 больной (18,4%), получили значитель-

ное улучшение 62 больных (54,4%), операция не принесла облегчения 30 больным (26,3%) и состояние ухудшилось у одного больного (0,9%); в этой группе положительные результаты получены у 72,8% больных.

Из 95 больных после ушивания прободного отверстия (без пластики сальника) выздоровело 13 больных (13,7%), со значительным улучшением живут 38 больных (43,2%), операция оказалась не эффективной у 41 больного (43,2%) и отмечено удушение у трех больных (3,1%); положительные результаты составляют 53,7% этой группы больных.

Как интересен вопрос, какова зависимость между отдаленными результатами и локализацией первичной язвы. Выполнение этой части работы показало, что при прободной язве привратника положительные результаты оказались у 74,9% больных, при прободной язве 12-перстной кишки — у 70,3% больных, при прободной язве препилорического отдела — у 56,4% больных и при прободной язве малой кривизны — у 47,1% больных. Приведенные данные показывают, что лучшие отдаленные результаты наблюдаются при прободных язвах привратника и 12-перстной кишки и худшие результаты — при прободных язвах малой кривизны и препилорического отдела. Более благоприятные результаты при прободных язвах привратника и 12-перстной кишки, по-видимому, следует объяснить большей склонностью этих язв к заживлению. Опасность же развития стеноза этих отделов желудочно-кишечного тракта предупреждается закрытием прободного отверстия за счет стенки желудка, расположенного вне язвенного инфильтрата.

Проверяя сроки рецидива язвенной болезни у тех, кто отнесен нами к третьей и четвертой группам, установлено следующее: из 75 больных, которым произведено ушивание прободного отверстия, у 8 больных боли под ложечкой появились на первом месяце после операции, у 32 — в срок от трех до шести месяцев, у 26 — от шести месяцев до одного года и у 9 больных — позднее года.

Это показывает, что рецидив язвенной болезни после ушивания перфорационного отверстия чаще всего наступает в течение первого года после операции. Отсюда следует заключить, что эти больные после операции должны подвергнуться соответствующему консервативному лечению.

Полученные нами хорошие результаты после резекции желудка находятся в соответствии с литературными данными, свидетельствующими о лучших отдаленных результатах при прободных язвах по сравнению с хроническими. По поводу же отдаленных результатов после ушивания прободного отверстия в литературе единого мнения не существует.

Так, по данным института им. Склифосовского, из 60 больных, которым произведено ушивание прободного отверстия, язвы зажили только у 11 больных. Совершенно другие данные приводит Н. Е. Дудко, который отмечает хорошие отдаленные результаты в 74,9%, удовлетворительные — в 14,1% и плохие в 11%.

М. А. Канторович из 100 проверенных им больных нашел, что только у 30% больных наблюдалось возобновление желудочных жалоб.

Таким образом, как литературные, так и наши данные показывают, что лучшие результаты бывают после резекции желудка. Что же касается операции ушивания, то лучшие результаты получаются после ушивания прободного отверстия с применением пластики сальника на ножке. Об этом сообщает и Н. Е. Дудко.

Отсюда следует, что при прободных язвах желудка и 12-перстной кишки, наряду с резекцией желудка, должна найти более широкое применение и эта операция.