

РАЗДЕЛ III. ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

УДК 616.33-002

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

В.М.Величенко, П.Б.Мартов

В клинике общей хирургии ВОДНИИ с 1963 по 1986 год по поводу кровоточащей язвы желудка и двенадцатиперстной кишки лечилось 234 больных, из них: с язвой желудка 40, с язвой двенадцатиперстной кишки 194. На высоте кровотечения оперировано 89 больных (с кровоточащей язвой желудка 21, с дуоденальной язвой 68). У остальных больных кровотечение остановлено консервативными мероприятиями и часть из них оперирована в последующем в плановом порядке.

До 1978 года тактика при кровоточащих язвах была активно-выжидательной. Основным методом лечения являлась консервативная гемостатическая и заместительная терапия, и лишь при ее безуспешности, профузном характере кровотечения и массивной кровопотере больных оперировали. Основным методом оперативного лечения явилась резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. На высоте кровотечения с язвенной болезнью желудка оперировано 10 больных, двенадцатиперстной кишки — 17. В послеоперационном периоде у 5 больных развилась несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и трое из них погибли. Летальность среди оперированных 11,1%. В отдаленном периоде отличные и хорошие резу-

льтаты по Визик получены у 79,8%, удовлетворительные у 14,6%, неудовлетворительные у 5,6%.

С 1978 года тактика стала активной. Всем больным производили экстренную фиброгастродуоденоскопию на фоне гемостатической и заместительной инфузионной терапии, если язвенный характер кровотечения подтверждался, последнее было массивным, имелись признаки его продолжения или в язве виден тромбированный сосуд, больной подлежал операции после кратковременной интенсивной подготовки. Повторный коллапс на фоне проводимых консервативных мероприятий всегда являлся показанием к неотложной операции. Тогда же в клинике внедрены органосохраняющие операции и отдельный подход к лечению язв желудочной и дуоденальной локализации. с 1979 года в ургентной хирургии стали применять комбинированную желудочную ваготомию (переднюю селективную проксимальную ваготомию и заднюю трунккулярную ваготомию).

Оперировано на высоте кровотечения 62 больных: при кровоточащей язве 7 больным произведена трубчатая резекция желудка с благоприятным исходом, при язве выходного отдела желудка 3 пациентам произведена стволовая ваготомия с антрумрезекцией. Одна больная погибла в результате неостойчивости швов анастомоза. 14 больным с дуоденальной язвой произведена стволовая ваготомия и 38 комбинированная желудочная ваготомия с прошиванием язвы или пилоропластикой по Финнау. Погиб один больной от неадекватности анестезиологического пособия. Летальность среди оперированных составила 3,2%.

У больных, которым были произведены органосохраняющиеся операции рецидивов язвенной болезни в ближайшие 5 лет не было.

Вместе с тем, у больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой наблюдалась длительная атония (2-4 месяца) желудка, требующая лечения, а в последующем диарея и явления демпинг-синдрома. У всех больных, перенесших комбинированную желудочную ваготомию, получены отличные и хорошие результаты.

Таким образом, переход к активной тактике, внедрение органосохраняющих операций, в частности комбинированной желудочной ваготомии, у больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, позволило значительно снизить послеоперационную летальность и улучшить отдаленные результаты лечения этой категории больных. Вместе с тем, даже внедрение органосохраняющих операций не позволяет полностью избежать неблагоприятных результатов. Снижение летальности может быть достигнуто лишь за счет расширения показаний к плановым операциям до развития опасных для жизни осложнений.