

2. Язвенная болезнь в старческом и пожилом возрасте часто протекает тяжело, с большим количеством осложнений (кровотечения, прободения, двигательные нарушения и пр.).

3. Особенно часто встречаются разнообразные нарушения трофики.

4. Отмечается большая частота желудочной локализации язвенного поражения, особенно высоко расположенных язв (тело желудка и субкардиальный отдел).

5. В старческом и пожилом возрасте проводится обычный курс противоязвенного диетического лечения с некоторыми коррективами: исключение холестерина, ограничение жира, введение витамина С и липотропных факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголепов Н. К. Врач. дело, 1948, 1.— 2. Он же. Клин. мед., 1950, 28, 9 — 3. Гаджиев Х. Э. Материалы о взаимоотношениях между язвенной и гипертонической болезнями. Дисс. 1949.— 4. Гукасян А. Г., Бумажная Е. Л. Тер. арх., 1936, 3.— 5. Канторович Я. И. Сов. мед., 1949, 12.— 6. Певзнер М. И. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1946.— 7. Black B., Blackford R. Surg. Clin. North. Amer. 1945, 25.— 8. Brinkmann Fr. Beitrag zur Statistik des runden Magengeschwürs, Kiel, 1915.— 9. Greiner Fr. Zur Statistik des runden Magengeschwürs, Kiel 1879.— 10. Hauser G. В кн.: Henke-Lubarsch. Hdb. spez. path. Anat. u. Histe 1925, 4, 1.— 11. Jennings D. Lancet, 1940, 1.— 12. Kossinsky J. Laesiones peptica. etc. Erlangen, 1913.— 13. Lasher E., Seattle. Surgery, 1948, 23, 3.— 14. Mc-Cleary. Bull. Jackson mem. Hosp. 1940, 2.— 15. Marshall S., Welch M. JAMA, 1948, 136.— 16. Mulsow F. Amer. Journ. Dig. Dis. 1949, 16, 11.— 17. Rafsky H., Weingarten M. JAMA, 1942, 118.— 18. Schiff L. S. med. Journ. 1944, 37.— 19. Schlicke C., Logan A., Johnson L. Amer. Journ. of Surg. 1955, 92.— 20. Spang K. D. med. Wschr. 1947, 72.— 21. Wagner S. D. med. Wschr. 1952, 11, 39.— 22. Wolowelsky A. Über die Häufigkeit des Ulcus ventriculi u. duodeni, Basel, 1906.

Поступила 12 мая 1958 г.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Асс. С. С. Курбанова

Из кафедры хирургии и неотложной хирургии (зав.— проф. П. В. Кравченко)
Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Несмотря на большой опыт различных хирургических учреждений по оперативному лечению прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, до настоящего времени этот вопрос не потерял своей актуальности, так как больные с прободными язвами составляют значительную группу.

Все еще нет единого мнения как по вопросу хирургической тактики, так и в оценке отдаленных результатов оперативного лечения методом ушивания прободной язвы. Это побудило нас проанализировать итоги лечения такого рода больных с января 1946 г. по декабрь 1957 г. по клинике неотложной хирургии.

За это время поступил 601 больной с диагнозом: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, из них диагноз прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки установлен у 463 больных и у 138 больных этот диагноз был отвергнут.

Из 463 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки мужчин было 428, женщин 35 (7,56%). Больные в возрасте от 20 до 50 лет составляли 76,03%. Возраст больных колебался от 14 до 76 лет.

Локализация прободных язв у наших больных представлена на рис. 1.

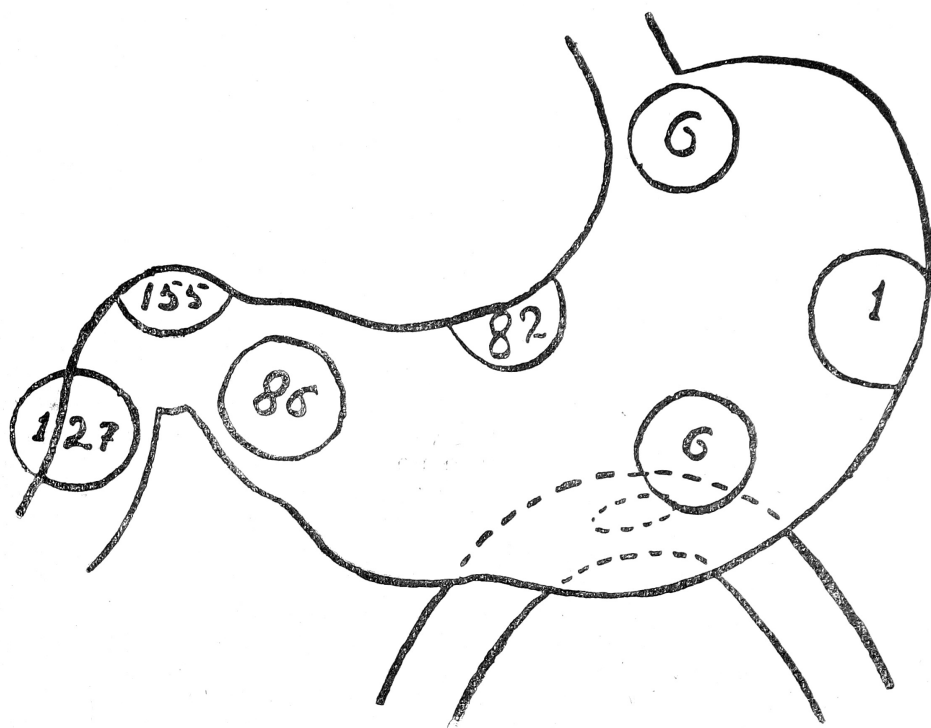


Рис. 1.

Прободных язв желудка было 71,27%, прободных язв двенадцатиперстной кишки — 27,43%, у 6 больных прободение пептической язвы было после наложения гастроэнтероанастомоза.

До настоящего времени имеются противоречивые мнения по вопросу о частоте локализации прободной язвы. Многие авторы указывают на преобладание прободных язв желудка (Н. Е. Дудко, 1945; В. Н. Петушков, 1945; С. И. Котомина, 1952; И. С. Кузнецов, 1953; И. И. Неймарк, 1958). Совершенно противоположные данные приводит С. С. Юдин. По его данным, 90,1% приходится на двенадцатиперстную кишку и 9,9% — на желудок. С. С. Юдин достоверность локализации подтверждал на резекционном материале. Такое расхождение в определении локализации язв объясняется в ряде случаев трудностью определения точного местонахождения перфоративной язвы, в особенности, если это касается язв, расположенных на границе между желудком и двенадцатиперстной кишкой.

В литературе неоднократно указывается на зависимость прободения язвы от времени года. По нашим наблюдениям, прободения зимой наступили у 90 больных, весной — у 146, летом — у 117, осенью — у 110.

Таким образом, в противоположность данным Н. Е. Дудко, С. И. Котиной, у которых наблюдались преимущественно прободения зимой и весной, у нас большее количество прободений приходится на весенний и летний периоды.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, наряду с такими заболеваниями, как острый аппендицит, кишечная непроходимость, относится к заболеваниям, где время доставки больного имеет решающее значение в исходе заболевания. Сроки поступления больных с момента прободения приводим в табл. 2:

Таблица 2

Сроки с момента прободения (в часах)	Количество больных	Процент
До 3	204	44,06
До 6	127	27,43
До 12	66	14,26
До 24	36	7,78
До 48	17	3,67
Больше 48	13	2,8

Как видно из таблицы, большинство больных с прободными язвами поступили в первые 6 часов с момента перфорации — 331 (71,5%). Сравнивая эту цифру с данными А. И. Кавтреевой, Н. С. Пределина, где в первые 6 часов поступило 56,6—57,1% больных, мы можем отметить как положительное явление более своевременное поступление наших больных в клинику. Особенно показательно улучшение сроков доставки этой группы больных, если сравнить с данными В. Н. Петушкова по городу Казани (1945), когда в первые шесть часов поступало только 24,07%. Однако, это нельзя считать пределом, необходимо продолжать работу среди населения за своевременную обрабатываемость, а также среди врачей внебольничной помощи — за своевременную доставку больных с острой патологией брюшной полости в хирургические стационары.

Из 30 больных, поступивших в стационар после 24 часов с момента прободения, 17 приходится на больных, доставленных из районов Татарии, отдаленность которых, несомненно, сказалась на сроках доставки и исходах операции.

У многих врачей сложилось убеждение, что поставить диагноз прободной язвы не так уж трудно, но из анализа нашего материала видно, что это не так: из 463 больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в клинику были доставлены с ошибочным диагнозом 215 (46,4%). Сюда не входят 138 больных, поступивших в клинику с предположительным диагнозом перфоративной язвы, которой не оказалось. И в клинике были диагностические затруднения и ошибки. Из этой группы 22 были оперированы с диагнозом прободной язвы. В ходе операции установлено: перитонит на почве перфоративного аппендицита у 3, острый катаральный аппендицит — у 1, острый флегмонозный аппендицит — у 4, заворот тонкого кишечника — у 2, высокая странгуляционная кишечная непроходимость — у 2, тазовый перитонит — у 1, разрыв селезенки — у 1, разрыв тонкого кишечника — у 1, гангренозноперфоративный холецистит — у 1, перитонит — у 1, у 4 — обострение язвенной болезни, и у одного патологии в брюшной полости не найдено — у больного были плевропневмония, туберкулез и сепсис.

Из 462 больных, оперированных по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ошибочный дооперационный диагноз был у 56 (12,1%). Эти данные приближаются к цифрам других авторов (Л. С. Бекерман, Н. Е. Дудко, Н. Г. Сосняков). 48 были оперированы с диагнозом: острый аппендицит, перфоративная язва желудка? Операция началась у них с аппендикулярного разреза, и только потом хирург переходил на срединную лапаротомию. Трое шли на операцию с диагнозом: острая кишечная непроходимость, 2 — с острым холециститом, 1 — с ущемленной грыжей, 1 больной, у

которого травма живота предшествовала перфорации, был взят на операцию с диагнозом: закрытая травма живота. Если во всех этих случаях дело шло о неправильном предоперационном диагнозе и в ходе операции устанавливалась прободная язва, по поводу чего производилось вмешательство, то у одной больной как до, так и после операции была ошибочная диагностика. Больная на операцию шла с диагнозом острого аппендицита, в ходе операции прободная язва двенадцатиперстной кишки не была распознана.

Таким образом, эти данные лишний раз подтверждают, что в ряде случаев диагностика прободной язвы может представлять трудности. Диагноз прободной язвы особенно затруднителен при сочетании перфорации с другими заболеваниями, в частности, перфорации язвы в сочетании с желудочно-кишечным кровотечением; таких больных у нас было 7.

У одного больного прободная язва сочеталась с острым флегмонозным аппендицитом. Больной был взят на операционный стол с диагнозом: острый аппендицит, удален флегмонозно измененный отросток, что подтверждено гистологически. Ввиду наличия желудочного содержимого в брюшной полости заподозрена перфоративная язва желудка. При верхне-срединной лапаротомии обнаружена перфорация препилорической язвы желудка, отверстие ушито. Выздоровление. У одного больного прободная язва желудка сопровождалась правосторонней бронхопневмонией, что также затрудняло диагностику. В некоторых случаях (7 больных) поводом, затрудняющим диагностику прободной язвы, служило введение больным наркотиков перед поступлением в клинику. Введение наркотиков на дому до постановки диагноза направляющим врачом надо резко осудить. Временное стихание болей после наркотиков успокаивает врача помощи на дому или врача скорой помощи, затягивается наблюдение за этими больными, в результате чего они поступают на более поздних сроках.

Оперативное лечение прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в историческом аспекте получило ряд существенных изменений. До 1938 г. (до 24 съезда хирургов) в лечении прободной язвы в основном конкурировали два метода — простое ушивание и ушивание прободной язвы с наложением гастроэнтероанастомоза. После 24 съезда хирургов, где была доказана нецелесообразность широкого применения гастроэнтероанастомоза при лечении язвенной болезни, показания к этой операции резко сужены. Методом выбора стала операция ушивания прободной язвы, в соответствующих случаях (при раннем поступлении и удовлетворительном состоянии больного, длительном язвенном анамнезе, подозрении на раковое перерождение, при хорошей квалификации хирурга и при наличии условий) — резекция желудка. Ушивание прободного отверстия делается разное: одни ушивают отверстие, захватывая все слои желудка, и линию швов укрепляют сальником, другие накладывают двухрядный шов, наконец, прободное отверстие ушивают с пластикой сальником на ножке. Неправильное ушивание прободной язвы с широким захватом стенки желудка или двенадцатиперстной кишки часто ведет к деформации и сужению, что требует наложения гастроэнтероанастомоза. Поэтому, с нашей точки зрения, надо отдать предпочтение ушиванию с пластикой сальником на ножке с экономным захватом стенки. В результате нам ни разу не потребовалось наложения гастроэнтероанастомоза после ушивания прободной язвы. До 1947 г., когда применялось двухрядное ушивание прободной язвы, было наложено 11 гастроэнтероанастомозов.

Из применяемых методов хирургического лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки — ушивания и резекции — каждый из них имеет своих сторонников. Преимущество методу ушивания отдают Н. Е. Дудко, Е. Л. Березов, Н. Н. Самарин, И. М. Стельмашенок, В. И. Стручков; резекции желудка — С. С. Юдин, Б. С. Розанов, А. Т. Лидский. Таким образом, еще до сегодняшнего дня не решен вопрос об оперативной тактике при прободной язве. Нам представляется, что лучшим решением этого вопроса является индивидуальный подход к больному: в зависимости от срока поступления, состояния, возраста больного, патологических изменений в самой язве, условий, квалификации хирурга, в одних случаях показана резекция желудка, в других — ушивание прободного отверстия. Своевременная операция, правильный выбор метода, улучшение послеопе-

рационального ухода за больным существенно для снижения летальности при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Из 463 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки оперированы 462 больных, которым произведены:

ушивание:	431 больному	— 93,29%,
ушивание с наложением анастомоза:	11	— 2,38%,
резекция желудка:	17	— 3,67%,
иссечение язвы:	3	— 0,65%,
не оперирован	1.	

В вопросе о выборе анестезии при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки до сегодняшнего дня нет единого мнения. Общий наркоз при прободной язве имеет многочисленных сторонников (Н. Е. Дудко общий наркоз применял в 90%, М. А. Азина в 80,72%, С. И. Котомина — в 92,6%).

Н. Н. Самарин (1950) подчеркивает, что операция по поводу прободной язвы, как правило, должна проходить под общим наркозом или спинномозговой анестезией, а местная анестезия показана лишь при далеко зашедшем перитоните. С. С. Юдин (1955), П. И. Андросов (1945) рекомендуют спинномозговую анестезию. За рубежом широко применяют общий наркоз, спинномозговую анестезию и очень редко — местную анестезию. Необходимым условием в ходе операции является достаточное расслабление передней брюшной стенки, позволяющее безболезненно и тщательно произвести осушение брюшной полости. Н. В. Соколов стал широко применять местную анестезию при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки с 1928 г., указывая, что она способствует снижению летальности. Сторонниками применения местной анестезии при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки являются и С. И. Ворончихин (1939), В. Н. Петушков (1945), И. М. Стельмашенок (1954). В. И. Стручков (1953) считает, что местная анестезия требует значительного умения, времени, и при этих условиях она заслуживает предпочтения.

Из 462 больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки местная анестезия по А. В. Вишневскому применялась у 99,13%. Местную анестезию в большинстве случаев сочетали с предварительной поясничной новокаиновой блокадой по А. В. Вишневскому. Эта блокада являлась дополнительной анестезией задних листков брюшины и, одновременно, слабым раздражителем и благотворно влияла на послеоперационное течение. Как правило, в процессе операции внутривенно вводилось 100—150 мл противошоковой жидкости, в показанных случаях переливалась кровь. Все вместе взятое обеспечивало безболезненный ход операции и позволяло хорошо осушить брюшную полость. Во время операции брюшная полость орошалась раствором фурациллина 1 : 5000. При большом количестве выпота делалась в правой подвздошной области контрапертура, куда вставлялся дренаж, который в последующие дни использовался для введения антибиотиков или фурациллина. За последние годы широко применяли обкладывание живота пузырями со льдом, что уменьшает всасываемость брюшины и является профилактикой перитонита. После операции больному придается фовлеровское положение, в течение 2—3 дней вводится до 3 л физиологического раствора подкожно и капельной клизмой, внутривенно — 40% раствор глюкозы, противошоковая жидкость, 10% раствор поваренной соли по 50—100 мл. Для профилактики легочных осложнений назначаются инъекции камфары, банки, дыхательная гимнастика. Пить разрешаем со вторых суток, кушать с 3—4 дня жидкую пищу (яйца, сметану, кисель, манную кашу). При парезе кишечника вводим прозерин, карбохолин, промываем желудок и дренируем его через нос, производим повторные новокаиновые поясничные блокады.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки является наиболее тяжелым осложнением язвенной болезни, и в ряде случаев, несмотря на произведенную операцию и соответствующее послеопе-

рациональное ведение, может развиваться перитонит, что является основной причиной летальности.

Летальность в группе изученных нами больных приводится в табл. 3:

Таблица 3

Виды операции	Количество больных	Умерло	Процент
Ушивание	431	36	8,35
Ушивание с анастомозом .	11	0	0
Резекция желудка	17	1	5,88
Иссечение язвы	3	0	0
Всего:	462	37	8

В 1957 г. летальность при прободной язве снижена до 3,03%. Для изучения результатов операции ушивания нами были обследованы в клинике 170 больных в сроки от 6 месяцев до 15 лет. Хорошие результаты получены у 20 (11,77%), удовлетворительные — у 66 (38,82%), плохие — у 78 (45,88%), очень плохие — у 6 (3,53%). Повторно оперированы 27 больных (15,8%), сделана резекция желудка 22, повторное ушивание прободной язвы в связи с повторным прободением — 3 больным, 2 подверглись операции по поводу послеоперационной грыжи передней стенки живота. Еще 25 больных имеют, с нашей точки зрения, показания к повторной операции, но по различным причинам от нее воздерживаются. Из 170 больных рентгеноскопию желудка прошли 119. Явная „ниша“ была обнаружена у 13, подозрение на „нишу“ у 12, рак желудка — у одного, гастриты — у 81, перигастриты, перидуодениты — у 39, деформация желудка и двенадцатиперстной кишки — у 67, субкомпенсированный стеноз — у 4, замедленная эвакуация — у 27, ускоренная эвакуация — у 29.

ВЫВОДЫ:

1. Для дальнейшего снижения летальности от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо добиться госпитализации больных в первые 6 часов с момента прободения. Каждый случай запоздалой госпитализации, неправильной диагностики и летального исхода подлежит обсуждению на совместных конференциях врачей скорой помощи и клиники неотложной хирургии. Следует также широко проводить санитарно-просветительную работу среди населения.

2. Местная анестезия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с паранефральной новокаиновой блокадой и внутривенным введением противошоковой жидкости заслуживает предпочтения перед общим наркозом и спинномозговой анестезией.

3. Метод оперативного вмешательства при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки должен решаться индивидуально, причем предпочтение следует отдавать ушиванию с пластикой сальником на ножке с экономным захватом стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. В показанных случаях должна применяться резекция.

4. Плохие и очень плохие отдаленные результаты операции ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки составляют 49,41%.

5. Больные, перенесшие операцию ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, должны находиться на диспансерном учете и подвергаться дието-терапевтическому и санаторно-курортному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азина М. А. Тр. госп. хир. клин. Свердловского мед. ин-та, 1948. — 2. Андросов П. И. Хирургия, 1945, 9. — 3. Березов Е. Л. Хирургия, 1946, 4. — 4. Ворончихин С. И. Хирургия, 1939, 8. — 5. Дудко Н. Е. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки и операция ушивания. М., 1945. — 6. Кавтрева А. И. Критическая оценка операции ушивания при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Дисс., Свердловск, 1949. — 7. Котомина С. И. Течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки после операции ушивания прободных язв. Дисс., Горький, 1952. — 8. Кузнецов И. С. Оценка операции ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в свете клинических и патогистологических данных. Дисс., М., 1953. — 9. Неймарк И. И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Л., 1958. — 10. Петушков В. Н. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки по материалам госпитальной хирургической клиники. Дисс., Казань, 1945. — 11. Пределин Н. С. Операция ушивания прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки и ее отдаленные результаты. Дисс., Пермь, 1954. — 12. Розанов Б. С. Хирургия, 1953, 7. — 13. Соколов Н. В. Каз. мед. журнал, 1928, 6. — 14. Стельмашенок И. М. Тезисы докладов республиканской конференции хирургов Белоруссии по итогам 26 съезда хирургов Союза ССР, Минск, 1955. — 15. Стручков В. И. Хирургия, 1953, 7. — 16. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

Поступила 10 февраля 1959 г.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ЧРЕВНЫХ НЕРВОВ И ПОГРАНИЧНЫХ СИМПАТИЧЕСКИХ СТЕЛОВ ПРИ ОСТРОМ РАСШИРЕНИИ ЖЕЛУДКА

Канд. мед. наук Г. М. Николаев

Из кафедры хирургии педфака (зав. — проф. И. В. Домрачев)
Казанского медицинского института

Новокаиновая блокада чревных нервов была предложена и экспериментально разработана В. В. Мосиным (1955) как метод профилактики и лечения воспаления брюшины и органов брюшной полости. На методике выполнения этой блокады в данном сообщении нет нужды останавливаться, поскольку об этом уже неоднократно сообщалось (И. В. Домрачев, Д. Ф. Благовидов, Г. М. Николаев и др.). В настоящей работе приводятся клинические наблюдения над применением этой блокады только при одном заболевании, имеющем несколько названий, но чаще всего именуемым „острым расширением желудка“. Оно является недостаточно изученным разделом патологии желудочно-кишечного тракта. До сих пор не ясен патогенез данного страдания, и не установлено определенной тактики в отношении больных, страдающих расширением желудка.

В 75—85% случаев острое расширение желудка является послеоперационным осложнением, хотя имеются отдельные указания на самопроизвольное развитие заболевания.

Основные симптомы: умеренные боли в эпигастриальной области (на 2-й — 3-й — 4-й день после операции), повторная рвота большими количествами зеленоватой жидкости, вздутие желудка, шум плеска, сильная жажда, быстрый упадок сил с явлениями нарастающего падения сердечно-сосудистой деятельности. Как указывает проф. А. Г. Бржозовский, „...болезнь большей частью заканчивается смертью в бли-