

клиники во всяком случае дает основание говорить о том, что доводы, выставляемые противниками метода погружения культуры отростка, клинически не подтверждаются.

Поступила 8.II 1940.

*Проф. А. Е. МАНГЕЙМ и В. С. БЕРНШТЕЙН*

### **Ближайшие и отдаленные результаты лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки<sup>1</sup>**

Из 4-й хирургической клиники Белорусского мед. института (директор профессор А. Е. Мангейм)

В вопросе лечения прободных язв, так же как и в вопросе лечения хронических гастро-дуоденальных язв, у хирургов нет единодушия. Сторонники радикализма, базируясь на инфекционной теории прободения и на своих статистических данных, рекомендуют резекцию желудка при прободных язвах, так как она уносит главный очаг болезни и окружающую его, пораженную инфекцией, зону. Юдин считает, что резекция желудка при прободных язвах дает более легкое послеоперационное течение и меньшую смертность, чем паллиативные операции.

Фридман считает резекцию прободной язвы не более опасной, чем резекцию хронической непроходной язвы, так как операция производится в момент полной мобилизации защитных сил организма. Некоторые доходят до такого увлечения, что провозглашают резекцию желудка операцией выбора при прободной язве. Нужно, однако, думать, что сторонники резекции отбирают для операции соответствующих больных (молодой возраст, первые часы после перфорации и т. д.) и сообщают, главным образом, о благоприятных случаях.

Несмотря на рост числа сторонников резекции желудка при прободении язвы, все же большинство советских и зарубежных хирургов ограничивается паллиативными операциями зашивания язвы с гастро-энтеро-анастомозом или без него. И действительно, если в вопросе лечения неперфорированных язв желудка до сих пор нет согласия у хирургов, то особенную осторожность следует проявить при выборе лечебного мероприятия при перфоративной язве, где больному грозит в первую очередь смертельная опасность перитонита. Здесь прежде всего нужно думать о непосредственных результатах лечения прободения для предупреждения угрозы перитонита. Старое положение Мэрфи „чем скорее выйти хирургу из брюшной полости, тем лучше для больного“—особенно приложимо для перфоративных язв. Сторонники паллиативных операций при прободных язвах приводят свои статистические данные хороших отдаленных результатов, не уступающие результатам после резекции. Многие авторы указывают, что часто под влиянием простого ушивания прободного отверстия язвы излечиваются. Тут действительно напрашивается мысль о том, что перфорация язвы желудка является гипер-

<sup>1</sup> По материалам клиники за 8 лет (1931—1938 гг.).

ергической реакцией и с точки зрения аллергии ведет к десенсибилизации желудка и к регенерации и заживлению язвы. Старая теория об „умирающей язве“ никем почти сейчас не разделяется.

В выборе оперативного метода при лечении перфоративной язвы мы, как и многие другие авторы, придерживались старого метода, предложенного еще Микуlichem в 1880 г., т. е. ушивания перфоративной язвы без гастро-энтеро-анастомоза (г. э. а.) Суостье мы добавляли только в тех случаях, где больные и до операции страдали явлениями сужения привратника.

Финстерер, Успенский, Браун, Кюммель, Рейн и др. советуют добавлять г. э. а. при ушивании язвы всегда, т. к. это разгружает желудок и предохраняет, в виду уменьшения давления, швы от прорезывания, а язву от вторичной перфорации и кровотечения.

Мы считаем, что г. э. а. затягивает операцию, а это ухудшает значительно непосредственные результаты. Кроме того, мы убедились при операциях по поводу неосложненных хронических язв, что г. э. а. не предохраняет от прободения и кровотечения. Главное же, что омрачает результаты, это возможность появления в будущем после г. э. а. новых моментов для осложнений, как образование пептической язвы, г. э. а., „как болезнь“ (Прибрам) и т. д. Резекцию желудка при перфоративных язвах мы ни разу не производили и имеем при этом низкий процент смертности (2,8%).

Мы не считаем необходимым подвергать больному риску более тяжелой операции резекции, ограничиваясь самым необходимым, т. е. ушиванием прободного отверстия. Этим методом мы довольны, т. к. удалось резко снизить смертность и в большинстве случаев избавить больного от язвенного симптомокомплекса в дальнейшем, о чем ярко будет свидетельствовать приводимый ниже материал нашей клиники за последние 8 лет. С 1/1 1931 г. до 1/1 1939 г. через 4-ю хирургическую клинику прошло 97 больных с прободными язвами, что по отношению к общему числу язвенных больных за эти годы (391 больной), составляет 22%. Среди наших больных было 92 мужчин и 5 женщин. На такое соотношение указывается почти во всех статистиках. Возраст наших больных: до 20 лет—3, от 20 до 45 лет—72 чел. и старше 45 лет 22 чел. По локализации перфоративные язвы распределяются на: 1) язвы малой кривизны—6, 2) язвы пилорич. и юкстапилорические—36, 3) язвы дуоденальные—52, 4) язвы пептические анастомоза—3.

В отношении характера анамнестических данных наш материал делится на случаи с ярким язвенным анамнезом и на случаи без таких указаний в анамнезе. К последней группе относятся 13 больных, которые до прободения считали себя совершенно здоровыми и никогда не страдали желудочными расстройствами. Частота последней группы у отдельных авторов колеблется в широких пределах (4% у Успенского, 11% у Шмидта, 21% у Родзевича и т. д.) Мы уверены, что при более тщательном анамнестическом опросе процент бессимптомных язв должен снизиться. Да и понятно, что на фоне мучительных болей при перфорации неярко выраженные симптомы в прошлом кажутся больному ничтожными. При повторном собирании анамнеза у лиц, первоначально отнесенных к бессимптомным, нам удалось в 4 случаях отметить язвенный анамнез. У 14 больных отмечены продромальные (предперфоративные) явления, длившиеся непрерывно и приведшие в конце концов к перфорации. Жестокие боли скрадывали

от нас момент перфорации и трудно было провести грань между предперфоративной стадией и перфорацией. По образному выражению Успенского «разница между этими двумя стадиями так же тонка, как тоненькая серозная оболочка, отделяющая эти обе стадии». В 91 случае перфорация произошла в свободную брюшную полость и в 6 случаях была прикрытая перфорация. Рентгенологически пневмоперитонеум был обнаружен у 19 больных и в том числе у 3 больных с прикрытой перфорацией.

Больные, доставленные в первые 12 часов после прободения, дали наименьшую послеоперационную смертность. Это обстоятельство подтверждает решающее значение для исхода операции срока, протекшего от момента прободения до операции. В нашем материале отмечается прямая зависимость между сроком, протекшим до операции, и смертностью.

Большое значение имеет также и возраст больных. В первые 12 часов от начала перфорации доставлено 75 чел., из них умерло 7 чел., в возрасте от 58 до 73 лет, при явлениях сердечной слабости и послеоперационной пневмонии. Один больной этой группы в возрасте 32 лет умер от эмболии легочной артерии и гангрены легкого. От 12 до 24 час. после перфорации поступило 10 чел., из коих умерло 4 чел. от перитонита в возрасте от 49 до 70 лет; из них один умер от позднего гнойного плеврита через 34 дня после операции. От 24 до 48 час. после перфорации доставлено 5 чел., из них 3 чел. умерло от перитонита в возрасте от 32 до 50 л. От 48 до 72 часов поступило 3 больных. Умерло двое больных в возрасте 20 и 50 лет от перитонита, один от гнойников печени. Позже 3 суток поступило 4 больных; все они погибли от перитонита. Летальный исход наступил всего в 20 случаях (20,6%).

При перфорации желудка или 12-перстной кишки мы считали абсолютно показанным срочное оперативное вмешательство, так как прободная язва дает при выжидании почти 100% смертности. Даже больным с прикрытой перфорацией и в преперфоративных случаях показана неотложная операция, т. к. при них часто бывают такие осложнения, как внутрибрюшные спайки, поддиафрагмальные абсцессы, пиемии и перитониты. Из оперативных методов мы применяли ушивание прободного отверстия у 85 больных с сальниковой пластикой поверх швов и комбинированную операцию—ушивание прободного отверстия с последующим соустьем у 12 больных.

Многие авторы (Перельман, Петрашевская и др.) советуют добавлять анастомоз в случаях, где ушивание прободного отверстия вызвало стеноз привратника или 12-типерстной кишки. Наши наблюдения показали, что ушивание язвы в поперечном направлении никогда не ведет к сужению. Складки, образующиеся при ушивании язвы, легко сглаживаются организмом. Анастомоз мы добавляли исключительно при стенозирующих язвах, но во всех случаях большие и до перфорации страдали явлениями нарушенной эвакуации желудка. Особенно показана пластика сальником в случаях невыполнимости полного ушивания прободного отверстия, что в известной степени является гарантией от повторной перфорации. Кроме того, с прорастанием сальника и улучшением кровоснабжения создаются более благоприятные условия для рубцевания и заживления язвы. Все больные оперировались под эфирным наркозом. В некоторых сомнительных в диагностическом отношении случаях мы начинали операцию аппен-

дикулярным разрезом и в случае прободения, очистив брюшную полость от затекающей жидкости, переходили к верхнему срединному разрезу, закрыв наглухо нижний. Операционную рану, после тщательного туалета брюшной полости, мы зашивали наглухо, за исключением случаев с явным перитонитом, где рана зашивалась с применением тампонов.

Из послеоперационных осложнений мы в 11 случаях получили нагноение в ране; в одном случае расхождение краев раны с выпадением кишок на 10-й день после операции. После экстренного репонирования кишок и наложения вторичных швов больной поправился. Пневмония наблюдалась у 5 больных, бронхиты—у 7 больных. У одного больного образовался тазовый гнойник, вскрывшийся в прямую кишку. У 3 больных образовались поддиафрагмальные абсцессы, и у 10 больных отмечен перитонит. Особенно низкий процент смертности получен нами у больных, оперированных в первые 12 часов (9,3%). Если учесть преклонный возраст и изношенность сердечно-сосудистой системы этой группы больных, то на долю смертности от перитонита в первые 12 часов падает лишь 2%. Поэтому мы довольно своими результатами и приписываем их применяемым нами бережным методом оперативного вмешательства, в то время как у других авторов, применявших в аналогичных случаях более сложные операции, смертность довольно высока. Так, у Гаровица на 287 прободных язв было 49,1% смертности, у Эндерлена на 200 прободений—52%, у Гоца на 441 прободение—43%, у Гартмана на 809 случаев—23,8%. У Оглобиной процент смертности при операциях прободений язвы равен 60.

Для изучения отдаленных результатов после ушивания перфоративной язвы, нами были отобраны 75 историй болезни, годных для разработки, и эти больные были приглашены для клинического обследования. На наш вызов явилось 40 человек и получены письма с анкетой от 7 больных. Больные были подвергнуты клиническому и рентгенологическому обследованию. Кроме общего самочувствия больных нас интересовало, что произошло с язвой после ее ушивания, не образовались ли новые изменения (деформации, стенозы и т. д.) и каковы секреторная и моторно-эвакуаторная функции оперированного желудка. По результатам обследования мы разделили больных на 4 группы: к первой группе нами отнесены 8 чел., соблюдающие диету и считающие себя вполне здоровыми после операции. Ко второй группе мы отнесли 16 чел., чувствующих себя вполне здоровыми и трудоспособными, несмотря на несоблюдение диеты.

Таким образом, хорошие отдаленные результаты после ушивания прободной язвы отмечены у 24 больных (50%). Исследование желудочного сока у первых 2 групп больных показало, что у 22 чел. кислотность нормальная и только у 2 чел. она повышена. Рентгенологически никаких деформаций и других органических изменений в желудке не обнаружено. Эвакуация во всех случаях была нормальная.

К третьей группе мы отнесли 15 больных, которые в первое время после операции чувствовали себя хорошо, но у которых из-за погрешностей в диете наступил рецидив болей, появились изжога и рвота, но эти явления носили менее постоянный характер, чем до операции, и с переходом на диету они вновь прекращались. Этим больным мы отнесли к группе с удовлетворительным результатом.

Исследование желудочного сока обнаружило повышенную кислотность у 7 больных и нормальную—у 8. Рентгеновское исследование обнаружило: складки слизистой оболочки желудка грубоваты, ниш и других деформаций нет. Моторно-эвакуаторная функция желудка без изменений.

К четвертой группе отнесены 8 больных, которые себя чувствовали плохо после операции, несмотря на соблюдение диеты. Больные предъявляли язвенные жалобы, аналогичные тем, которые были и до операции. Анализ желудочного сока у всех больных этой группы показал повышенную кислотность. При рентгеноскопии отмечены: ниша у одного больного, деформация *b. duodeni* у двух больных, а у остальных имелась подтянутость малой кривизны к пилорусу. Складки слизистой оболочки на пилорической части желудка значительно утолщены (*ulcus-gastritis*). Суммарные отдаленные результаты после операции ушивания перфоративных язв видны из следующей таблицы:

Сроки наблюдения	Результаты:		
	Хорошие	Удовлетв.	Плохие
7 лет . . . . .	2	2	—
6 " . . . . .	3	3	—
От 4 до 6 лет . . . . .	13	7	4
3 года . . . . .	5	2	2
2 года . . . . .	1	1	2
Всего . . . . .	24	15	8

Данные обследования приводят нас к выводу, что в 39 случаях или у 83% проверенных больных, мы получили после ушивания прободной язвы положительные, т. е. хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты. После ушивания прободной язвы мы не имели сужений, возникших на почве рубцевания шва. Если сюда добавить еще наши наблюдения во время лапаротомий по поводу других заболеваний у 4 больных, где через различные сроки после ушивания никаких следов от бывшей язвы нам обнаружить не удалось, то необходимо отметить, что простое ушивание ведет во многих случаях к анатомическому исчезновению язвы и клиническому излечению ее.

Говорить о стойкости полученных результатов на основании нашего материала трудно, ввиду того, что окончательный результат можно сделать лишь только после неоднократной проверки субъективных и объективных показателей на протяжении длительного времени. Поэтому и к нашим данным мы подходим критически, так как, не зная этиопатогенеза язвенной болезни, трудно высказываться, на основании однократной проверки, об абсолютном излечении. Ведь в динамике язвенной болезни такие ремиссии возможны и мы знаем, что через некоторое время весь симптомокомплекс язвенной болезни может опять повториться. Практически мы говорим об излечении язвы, когда симптомокомплекс язвы на данном этапе не беспокоит больного.

Важное место в арсенале средств для улучшения отдаленных результатов после оперативного лечения занимает диетотерапия, которая оказывает благотворное влияние на оперированный желудок и этим закрепляет результаты операции.

На основании нашего материала мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1. Отдаленные результаты после ушивания прободной язвы не уступают отдаленным результатам после резекции.

2. Операцией выбора мы считаем при прободных язвах простое ушивание перфоративного отверстия, как технически легко выполнимое и вполне доступное при всех условиях как в клинике, так и на участке.

3. При стенозирующих язвах показано ушивание прободного отверстия с последующим гастроэнтероанастомозом.

4. Процент смертности при ушивании язвы значительно ниже, чем при других более сложных методах операции язвенных больных.

Поступила 26.IV.1939.

*Доц. Г. И. СЕГАЛЬ и военврач 3-го ранга Г. А. РУСАНОВ*

### **Прободные язвы желудка и 12-перстной кишки<sup>1</sup>**

Из хирургического отделения 1-й Борисовской сов. больницы (зав. отделением доц. Г. И. Сегаль)

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки представляет собой тяжелое страдание, иногда надолго лишаящее больного трудоспособности. Особенно грозным осложнением этого заболевания, нередко заканчивающимся смертью, является перфорация язвы в свободную брюшную полость. Опасность прободения усугубляется еще тем, что диагноз его нередко запаздывает. Отсюда становится понятным, что вопросу диагностики и лечения прободной язвы желудка и 12-перстной кишки уделяется много места в нашей советской медицинской литературе. Этот вопрос стоял неоднократно в программах медицинских съездов и конференций, и он до сих пор приковывает к себе внимание хирургов.

Материал хирургического отделения 1-й Борисовской районной больницы с октября 1927 г. до мая 1939 года, т. е. за 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лет, составляет 81 случай прободных язв желудка и 12-перстной кишки (всего по поводу язв оперировано 236 чел.) Среди наших больных с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки мы не имели ни одной женщины.

Проф. Юдин, считая, что одной из причин язвы желудка и 12-перстной кишки могут быть эндокринные расстройства, говорит, что „Самый факт абсолютного преобладания одного пола над другим среди язвенных больных не оставляет места для сомнений, что в сумме эндокринных расстройств, если не исходную, то, безусловно, существенную роль играют половые железы“. Женский организм при этом обладает, повидимому, особой резистентностью по отноше-

<sup>1</sup> По материалам хирургического отделения 1-й Борисовской сов. больницы за 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лет.