

Из хирургического отделения Казанской Плетневской рабочей больницы
(зав. хирургич. отд. проф. И. В. Домрачев).

Результаты хирургического лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Г. И. Мухамедьяров и В. И. Михайлов.

Вопрос о показаниях к оперативному лечению язв желудка и 12-перстной кишки не может считаться до настоящего времени вполне решенным, так же как и вопрос о характере самого оперативного вмешательства. Показания разделяются на абсолютные и относительные. К первым относятся: а) перфорация язвы в свободную брюшную полость, б) злокачественное ее перерождение, в) рубцовое сужение привратника. Относительными показаниями признаются хронически протекающие язвы желудка и 12-перстной кишки. Разногласий в отношении абсолютных показаний среди хирургов и терапевтов нет, чего нельзя сказать об относительных показаниях. По литературным данным все согласны в одном—хронически протекающие язвы желудка и 12-перстной кишки подлежат оперативному лечению лишь при безуспешности терапевтического лечения, которое по Гальперну дает не меньше 40% излечений (по Эйнгорну—70%, по Ревану—80%, по Бальфору даже 93% (цит. по Соколову, «Казан. мед. журн.», № 3—4, 1934 г.). Что же касается терапевтического лечения, после которого больной, не получив излечения, должен подвергнуться оперативному лечению, то единодушия во взглядах на этот вопрос среди хирургов нет, и каждый автор, на основании своего опыта и оценки состояния обращающегося к нему больного, ставит свои показания к операции. Целиком и полностью соглашаясь с общепризнанными и принятыми показаниями, мы с конца 1933 г. начали применять больным с язвенным симптомокомплексом систематически новокаиновый блок, как диагностическое средство, и вместе с тем как помогающее установке показаний к оперативному лечению язвенных больных.

Многим из наших больных, не имевшим возможности, в силу отдаленности от хирургического центра и других условий, проводить длительное терапевтическое лечение, показания к операции чрезвычайно помог ставить новокаиновый блок; причем, если первая инъекция в количестве 60 к. см в почечную область не давала определенных улучшений самочувствия больного при соблюдении определенного режима (запрещение табака, алкоголя, грубой пищи) в течение двух-трех недель, мы делали вторую инъекцию в том же количестве и ждали месяц. Если по истечении этого срока не наступало улучшения, предлагали больному операцию. Если же новокаиновый блок давал определенный положительный эффект, то мы считали процесс у больного не деструктивного характера, подлежащий терапевтическому лечению. На стационарном материале с определенным язвенным симптомокомплексом мы отклонили, на основании положительных резуль-

татов от новокаинового блока, оперативное вмешательство 18 больным, 11 из которых чувствуют себя хорошо; от остальных сведений не имеется. Нужно, однако, сказать, что этим больным применялись и другие методы диагностики: исследования желудочного сока, рентгеноскопия, а новокаиновый блок служил лишь вспомогательным средством. Последний метод выверен на большом материале.

В вопросе хирургического лечения желудочно-дуоденальных язв преимущественное значение имеют в настоящее время операции гастро-энтероанастомоза и резекций желудка, и только в редких, исключительных случаях находят место и другие способы оперативного вмешательства, как пилоропластика, эксцизия язвы и т. д.

Резекция желудка по Бильрот I и Бильрот II в различных модификациях, как операция более эффективная, занимает первенствующее место, но не теряет своего значения и гастроэнтероанастомоз, как операция технически более простая. Оценка результатов после этих операций представляет интерес.

Наш материал обнимает за период с 1925 по 1/X 1935 г. 251 операцию, из них гастроэнтероанастомоз—104, резекций жел.—128 и 19 лапаротомий (из них 7 по поводу злокачественных поражений желудка, оказавшихся неоперабельными, 5 лапаротомий, где язвы не обнаружено, 5 лапаротомий по поводу перфоративных язв желудка, 1 пилоропластика и 1 эксцизия язвы).

По годам наш материал распределяется следующим образом: В 1925 году г.-э.—2, в 1926 г. г.-э.—3, в 1927 г. г.-э.—2, в 1928 г. г.-э.—6; в 1929 г. г.-э.—14, резекций жел.—2, пилоропластика—1; в 1930 г. г.-э.—18, резекций жел.—7; в 1931 г. г.-э.—4, резекций жел.—25; в 1932 г. г.-э.—5, резекций жел.—14; в 1933 г. г.-э.—15, резекций жел.—19, эксцизий—1; в 1934 г. г.-э.—24, резекций жел.—31; в 1935 г. г.-э.—15, резекций жел.—30. Всего г.-э.—104, резекций желудка—128, пилоропластики—1, эксцизий—1.

По локализации: 1) дуоденальных язв 41,3%, 2) препилорических и пилорических 49,7%, 3) остальных отделов желудка 9%.

Давность заболевания от 6 месяцев до 11 лет, наибольшее количество было с давностью в среднем 3½ года. Возраст больных от 17 до 65 лет, причем наибольший процент падает на рабочий возраст 25—45 л. Мужчин—94,2%, женщин—5,8%. Рабочих—41%, крестьян—46%, служащих—5% и прочих—8%.

Всем оперированным больным с целью выяснения результатов операции были разосланы анкеты следующего содержания: 1. Как Вы себя чувствовали в первые месяцы после операции, прошли ли те боли, которые Вас беспокоили до операции. 2. Когда приступили к работе. 3. Исполняете ли прежний вид работы или из-за болезни стали менее трудоспособными. 4. Соблюдали ли диету после операции. 5. Курите или нет. 6. Пьете ли водку и сколько. 7. Восстановилось ли Ваше здоровье вообще.

Ответов получено 105, пришли показаться лично 26. Итого 131. Всех оперированных больных мы разделили по результатам на 3 группы: 1) с хорошим результатом; 2) с улучшением и 3) с

неудовлетворительным результатом. Критерием для первой группы служили: а) полное восстановление здоровья и трудоспособности, б) всякое отсутствие жалоб в отношении желудка, в) обычное домашнее питание; для второй группы—а) жалобы на диспептические расстройства—ощущение тяжести под ложечкой, изжога, отрыжка, но отсутствие болей, бывших до операции, б) пониженная трудоспособность, т. е. переход на более легкую работу, в) обычное питание; для третьей группы: а) то же состояние, что и до операции, т. е. боли, диспептические расстройства и т. д.; б) резко пониженная трудоспособность.

Придерживаясь показаний к производству г.-э., принятых клиникой проф. А. В. Вишневого, и неоднократно высказанных в печати сотрудниками его клиники (В. И. Пшеничников, Каз. м. ж., № 5, 1935 г.), мы в дальнейшем несколько видоизменили показания к г.-э. в сторону расширения этих показаний в пользу резекций и г.-э. в настоящее время производим в случаях глубоко сидящих язв 12-перстной кишки и язв, пенетрирующих в соседние органы, с большими рубцовыми спайками или инфильтрации всего малого сальника.

Всего г.-э. сделано 104, из них 1 передняя г.-э. у 6-ного с раковым поражением желудка и кончившаяся смертью больного от истощения; остальные случаи падают на задний г.-э., который мы делаем по Гаккер-Петерсену.

Смертность при заднем г.-э. составляет 1,9%, 2 смерти на 103 операции. Один больной умер от перитонита на 15-й день и второй—от кровотечения из язвы, несмотря на все принятые меры вплоть до переливания крови. Осложнения в послеоперационном периоде после заднего г.-э., которые наблюдались на нашем материале, сводятся к следующему: у 26 больных, всех курящих, обострение хронического бронхита, рвота наблюдалось у 7 больных, которым были применены однократные промывания желудка. В случаях диспептических расстройств, как-то: срыгивание, икота, рвота с кровью, мы применяем раннее промывание желудка, обычно через 16—20 часов после операции. Нагноение операционных ран наблюдалось в 4%. Пневмоний не было ни разу. Разница в проценте легочных осложнений на нашем материале, по сравнению с литературными данными, объясняется тем, что кратковременное повышение t° в течение 2—3 дней, кашель со слизисто-гнойной мокротой мы считали за обострение бронхита, а не за послеоперационное осложнение. Повторных операций после задней г.-э. было 2. Одна релапаротомия произведена у больного Ш. при сужении анастомоза рубцово-измененным окном, мезоколона, клинически проявившего себя постоянными, упорными, не поддающимися промываниям желудка, рвотами; вторая релапаротомия у больного Ф. по поводу спаек, перетянувших анастомоз. Оба выздоровели.

Разбирая результаты после задней г.-э. и придерживаясь вышеупомянутых критериев, мы имеем оперированных больных с давностью от 5 до 10 лет—10 случаев, от 3 до 5 лет—9 и до 3-х лет—22. Хороших результатов на сроке от 5 до 10 л. имеем 9 случаев,

улучшений—1, на сроке от 3 до 5 лет хороших результатов—4, улучшений—4, неудовлетворительных—2, на сроке до 3-х лет хороших—11, улучшений—6, неудовлетворительных—5. Суммируя результаты, будем иметь: хороших результатов—59,5%, улучшений—24,3% и неудовлетворительных результатов—17,2%. Отдаленная смертность—1 случай от туберкулеза легких.

АВТОРЫ	Хорошие	Неудов.	Удовлет.
Гальперн	83,9%	16,1%	—
Полисадова и Топровер	9%	—	—
Оглоблин	45,2%	—	43%
Соколов	71,1%	28,8%	—
Наш материал	58,5%	17,2%	24,3%

Сравнивая результаты, полученные на нашем материале, со статистиками других авторов (см. табл.), мы можем отметить, что наши результаты сходятся с результатами других авторов и они могли бы быть лучшими, если бы наши больные в дальнейшем послеоперационном периоде соблюдали диету и выполняли запрещение курить и пить вино, а между тем во многих ответах больные указывают на курение и употребление алкоголя.

Перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки мы имели 5 случаев, причем все они оперировались по двум способам с ушиванием язвы и с добавлением заднего г.-э. или без такового, смотря по тяжести случая и срока операции; но во всех этих случаях мы вводили в брюшную полость тампон через добавочный разрез Мак-Бурнея по предложению проф. А. В. Вишневского, считая, что наиболее заинтересованной является правая сторона брюшной полости, где скапливается наибольшее количество экссудата, который и должен выводиться в повязку вводимым тампоном. На нашем материале мы потеряли одного больного, поступившего на 4-й день с явлениями общего перитонита в весьма тяжелом состоянии. После 1/X 35 г. из 5 случаев перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки с проведением дренажа мы не потеряли ни одного больного. Ответов на отдаленные результаты имеем 4: у двух больных где ушивание язвы сопровождалось г.-э., у 2-х больных, где мы ограничились только ушиванием язвы, хорошие результаты.

Пилоропластика и эксцизия язвы произведены нами по одному разу; сведений о результатах не имеем.

Резекция желудка, на основании большого накопленного опыта к настоящему дню, постепенно вытесняет г.-э. как операцию, темные стороны которой (оставление язвы на месте, с чем связан риск кровотечений, перфораций и злокачественного перерождения) хорошо известны каждому хирургу. В силу этих опасностей резекция желудка занимает первенствующее место в деле оперативного лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Наиболее яркими представителями и защитниками резекций являются Габерер, сообщивший в 1933 г. о 2738 резекциях с 5% смертности, Финстерер — о 2000 резекциях (5% смертности и 95%

выздоровлений). Эйзельсберг за 29 лет приводит материал и 95% выздоровлений). Эйзельсберг за 29 лет приводит материал в 2766 случаев с тем же процентом выздоровлений. В Советском Союзе предпочитают резекции Юдин, Вишневский, Соколов, Гессе, Бельц и другие.

Несколько обособяком стоит Успенский, сторонник г.-э.

Лериш категорически возражает против попыток объявить резекцию желудка единственной операцией при лечении язвенных больных и полагает, что г.-э. имеет свое место в ряде случаев.

Показаниями к резекции на нашем материале служили случаи ракового поражения, стенозы привратника, каллезные язвы малой кривизны, сопровождающиеся дилатацией желудка и атонией его стенки.

Всего нами произведено 128 резекций, из них 1 по Бильрот I, закончившаяся смертью от перитонита, вследствие расхождения швов у большого раком желудка, остальные 127 сделаны по Б II в модификации Гофмейстер-Финстерера.

Ближайшая смертность выражается в 4,7%—6 смертей на 127 резекций. Один больной умер от колюпса через 12 часов после операции резекции желудка, предпринятой на высоте острого желудочного кровотечения. Двое больных умерли от кровотечения (аутопсии не было), двое умерли от дуоденальных свищей при паллиативных резекциях и одна больная умерла при явлениях сердечной слабости.

В вопросе оперативного лечения при осложнении язвы острым кровотечением единого мнения среди хирургов нет.

В нашем небольшом материале острых желудочных кровотечений, а именно в 4 случая, в 3-х предпринято оперативное вмешательство—резекция желудка с исходом в выздоровление у двух и со смертельным в одном случае; четвертый случай проводился консервативно с переливанием крови; случай кончился выздоровлением. Естественно, что на основании небольшого материала выводов мы сделать не можем, но на основании литературных данных можно вывести заключение, что операция показана после безуспешности переливания крови (Борит).

Отдаленная смертность в 3 случаях; один б-ной умер через 5 месяцев после операции от туберкулеза легких, один умер через два месяца от рецидива рака, третий — от дизентерии через 14 месяцев.

Осложнения при резекции: обострение бронхитов в 48%, рвота кровью и срыгивание в 17 случаях, потребовавших промывание желудка. Пневмония наблюдалась в одном случае. На дальнем сроке после операции в двух случаях — образование послеоперационных грыж. Давность наблюдения больных с резекцией желудка от 5 до 10 лет — в 17 случаях, от 3 до 5 лет—в 24 и до 3-х лет—в 49 случаях.

На сроке от 5 до 10 лет имеем хорошие результаты у 11 больных; улучшение—у 6; на сроке от 3 до 5 л.—хорошие у 18 б-ных, улучшение—у 6; на сроке до 3-х лет—хорошие у 35 больных, улучшение—у 11, неудовлетворительные—у 3 б-ных.

Суммарно имеем хорошие результаты в 70,1%, улучшения—в 25,5%, неудовлетв.—в 4,4%.

Сравнивая результаты, полученные от заднего г.-э. и резекций желудка, мы имеем на нашем материале: хорошие результаты—г.-э. в 58,5, р. ж. — в 70,1, улучшений — г.-э.—в 24,3, р. ж. — в 25,5, неудовлет.—г.-э.—в 17,2 р. ж.—в 4,4% случаев.

Все операции произведены под местной анестезией по способу тугих ползучих инфильтратов проф. А. В. Вишневского и ни разу не применен наркоз или рауш. Метод проф. А. В. Вишневского дает прекрасную анестезию и вместе с тем предупреждает легочные осложнения; благодаря этой анестезии мы на нашем материале видели лишь один раз пневмонию.

Выводы: 1. Хирургическое лечение язвенных больных должно иметь место при безуспешности терапевтического лечения.

2. Новокаиновый блок является вспомогательным средством для установки показаний к оперативному лечению язв желудка и 12-перстной кишки, являясь одновременно и диагностическим средством.

3. Г.-э. на данном этапе наших знаний не теряет своего значения при оперативном лечении язвенных больных и примененная в строго показанных случаях дает благоприятные результаты в 58,5%.

4. При перфоративных язвах желудка мы рекомендуем вводить в брюшную полость тампон чрез добавочный разрез Мак-Бурнея.

5. Резекция желудка при лечении язвенных больных не может считаться единственной радикальной операцией и не является операцией выбора, но в сравнении с г.-э. дает благоприятные результаты в 70,1%.

6. Малый процент послеоперационных осложнений в нашем материале после желудочных операций обуславливается большей частью применением местной анестезии по методу проф. А. В. Вишневского.
