

Наивысшая степень гуманизма советского здравоохранения, выраженного в широкой доступности медицинской помощи всему населению, снискала ему высокий международный авторитет.

Подготовка к XXVI съезду КПСС, несомненно, станет могучим рычагом, новым стимулом для дальнейшего подъема советского здравоохранения и медицинской науки.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК [616.33+616.342]—002.44—035—089

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И. А. Салихов, Д. М. Красильников, В. В. Федоров

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Из 259 пациентов с язвенной болезнью, подвергшихся хирургическому лечению, 189 (73%) были прооперированы по абсолютным показаниям (перфорации, стенозирование, малигнизация), 29 (11,2%)—по условно абсолютным (профузные кровотечения, каллезные и пенетрирующие язвы) и 41 (15,8%)—по относительным. По поводу язвы желудка произведено 48 операций и по поводу язвы двенадцатиперстной кишки—211. По относительным показаниям оперированы больные с длительным язвенным анамнезом при безуспешности консервативной терапии и значительной утрате трудоспособности. Тип операции определялся особенностями клиники, характером секреторных, моторно-эвакуаторных нарушений и морфологических изменений в слизистой оболочке желудка.

Радикальным операциям подверглись 80,55% больных, остальные—паллиативным (ушивание язвы при ее перфорации). Общая послеоперационная летальность составила 1,4%. Послеоперационные осложнения возникли у 3,5% больных. Строгое соблюдение показаний к операции позволяет заметно улучшить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения больных язвенной болезнью.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение, показания.

3 таблицы. Библиография: 10 названий.

Прошедшие годы были периодом заметного прогресса хирургии, в частности хирургии желудка. Существенно изменились представления о показаниях к хирургическому лечению и выборе метода оперативного вмешательства. На основе изучения патофизиологии язвенной болезни предложен ряд новых методов хирургического лечения этого широко распространенного заболевания: селективная проксимальная ваготомия, ваготомия с дренирующими операциями или в сочетании с экономной резекцией желудка. Усовершенствована техника оперативных вмешательств на желудке.

Но все-таки надо отметить, что и до настоящего времени вопросы о показаниях к хирургическому лечению и выбору метода операции разрешены неполностью. Хирурги в своей практической работе не всегда строго определяют показания к операции.

Современные представления о патогенезе язвенной болезни диктуют необходимость комплексного и прежде всего терапевтического лечения. Оперативное вмешательство следует рассматривать лишь как звено в цепи комплексной терапии язвенной болезни.

Н. Н. Петров (1941), резюмируя показания к операции, писал: «мы должны оперировать только тех, кто утратил свою трудоспособность из-за болезни, тогда мы несомненно не умножим, а понизим количество инвалидов».

В наши дни в клинике Мэйо (США) хирургическому лечению подвергается до 15% больных язвенной болезнью. Джад (1971), работающий в этой клинике, считает, что при язвенной болезни в первую очередь необходимо настойчивое консервативное лечение с учетом особенностей организма больного и возможных отклонений со стороны других органов и систем. В противном случае операция, выполненная без учета строгих показаний, может явиться источником возникновения ряда патологических синдромов, нередко протекающих тяжелее самой язвенной болезни.

Важность уточнения показаний к операции у больных язвенной болезнью обусловлена следующими обстоятельствами. В СССР ежегодно заболевают язвенной болезнью примерно 500 тысяч человек, чаще мужчины и преимущественно с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, и каждый год проводится 60 тысяч операций по поводу язвенной болезни и ее осложнений [5, 6]. Значительное число больных приходится на возраст 20—40 лет. Соотношение плановых и экстренных операций составляет 1,4 : 1,0, что нельзя считать нормальным [5]. Операции надлежит чаще выполнять в плановом порядке — это будет способствовать предупреждению осложнений.

Мы в своей практической деятельности подразделяем показания к операции на абсолютные, условно абсолютные и относительные, как было рекомендовано еще Е. Л. Березовым (1956). При этом необходимо учитывать особенности клинической картины и течения заболевания у каждого отдельного больного, продолжительность и частоту обострений, характер и длительность ремиссий, факторы, способствующие рецидиву болей. Если под влиянием комплексной терапии язва желудка, согласно данным повторных рентгенологического и гастроскопического исследований, не исчезнет и даже не уменьшится в течение 6—8 нед, то показано оперативное лечение. При подозрении на малигнизацию желудочной язвы неоценимую диагностическую помощь оказывает гастропункция с прицельной биопсией из различных участков язвы. При стенозе привратника у некоторых больных с обострением язвенной болезни приходится дифференцировать органический стеноз от функционального пилороспазма. Если же диагноз органического стеноза не вызывает сомнений, то даже компенсированные формы следует рассматривать как абсолютное показание к операции, так как дальнейшее рубцевание язвы обуславливает еще большее стенозирование, а истощение моторной функции ведет к декомпенсации [1а, б, 2, 7].

До настоящего времени дискутируется вопрос о показаниях к операции и моменте ее выполнения при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Ю. Ю. Джанелидзе (1933) писал: «... всякий больной с желудочно-дуоденальным кровотечением без промедления должен быть направлен в хирургическое отделение и рассматриваться как субъект, жизни которого угрожает непосредственная опасность». Оперативное лечение срочно показано только при неостанавливающемся, повторяющемся профузном кровотечении. Нет сомнения, что остановка кровотечения консервативными средствами и последующая терапия, направленная на устранение кровопотери, нарушений обменных и окислительно-восстановительных процессов, позволяют с меньшим риском и большей эффективностью произвести операцию в более выгодных условиях, в так называемом холодном периоде [4]. Наиболее приемлемой является активно-выжидательная тактика хирурга при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии. При повторных кровотечениях больных оперируют, не выписывая из стационара, после соответствующей подготовки к операции и полноценного обследования.

Нередко гастродуоденальное кровотечение является первым признаком язвенной болезни или возникает после длительной ремиссии. В этих случаях операция не показана. По данным различных авторов, только у $\frac{1}{3}$ больных после первого кровотечения отмечаются рецидивы на протяжении 5 лет. Лишь части больных этой группы в дальнейшем может потребоваться оперативное лечение [2, 7, 9].

Весьма разноречив вопрос о показаниях к операции при пенетрирующих и больших каллезных язвах. По данным подавляющего большинства хирургов и нашим клиническим наблюдениям, пенетрирующие и большие каллезные язвы не заживают, нередко подвергаются перерождению, а однажды возникшее профузное кровотечение повторяется [1а, б, 2]. Каллезные язвы весьма часто осложняются пенетрацией, воспалительным инфильтратом, кровотечениями.

Если при абсолютных показаниях обязательность оперативного вмешательства признается всеми, то в вопросе о необходимости хирургического лечения по относительным показаниям такого единогласия нет. Отказ от операции по относительным показаниям мы считаем неправильным, ибо в таких случаях многие больные становятся жертвами осложнений, при которых операция технически сложна, порой опасна и нерадикальна. При проведении оперативного вмешательства по относительным показаниям в плановом порядке вероятность развития осложнений, чреватых весьма серьезными последствиями, уменьшается. Это становится возможным в условиях внедрения в клиническую практику различных видов ваготомий с дренирующими желудок операциями и ограниченного применения классической резекции желудка у больных с неосложненным течением язвенной болезни. Однако при относительных показаниях хирургии и терапии должны индивидуально устанавливать сроки и необходимость операции, руководствуясь степенью выраженности общих и местных изменений. С

этой точки зрения следует считать противопоказанным оперативное лечение при так называемой «язвенной болезни без язвы», неосложненных детских и юношеских язвах и особенно у больных с выраженными психоневротическими наклонностями, так как при этом оперативное вмешательство не только не дает желаемого эффекта, но нередко ухудшает состояние больных и приводит впоследствии к одному из вариантов болезни оперированного желудка. У больных с неосложненным течением язвенной болезни операция допустима лишь при регулярных и тяжело протекающих сезонных обострениях с увеличением их продолжительности несмотря на настойчивое стационарное и санаторно-курортное лечение.

С 1973 по 1977 г. в нашей клинике подверглись оперативному лечению по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнений 259 больных (см. табл. 1).

Таблица 1

Данные о возрасте, половом составе больных и локализации язвы

Локализация язвы	Пол	Возраст			
		18—30 лет	30—50 лет	50—60 лет	60 лет и старше
В желудке	Ж.	4	10	4	2
	М.	1	18	7	2
В двенадцатиперстной кишке	Ж.	8	22	8	3
	М.	36	102	24	8
Всего		49	152	43	15

У большинства оперированных была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Преобладали лица молодого и среднего возраста: 58,7% составили больные от 30 до 50 лет. Распределение пациентов по показаниям к оперативному лечению представлено в табл. 2.

Таблица 2

Показания к операции при язвенной болезни

Показания	Клиническое течение	Число операций	
		абс.	%
Абсолютные	Перфорация язвы	189	73
	Малигнизация		
	Стенозы и деформации		
Условно абсолютные	Профузные кровотечения	29	11,2
	Большие каллезные и пенетрирующие язвы		
Относительные	Безуспешность стационарного и санаторно-курортного лечения, упорный болевой синдром, частые обострения, длительная потеря трудоспособности (при язве желудка — до 1 года, при язве двенадцатиперстной кишки — до 2—3 лет)	41	15,8
Всего		259	100

Наиболее частым осложнением, требующим оперативного вмешательства, являются стенозы: мы наблюдали их у 111 больных (43% всех оперированных). К сожалению, многие больные поступают на оперативное лечение несвоевременно, их следовало бы передавать под наблюдение хирурга значительно раньше. При запущенных язвах, осложненных значительными деформациями и рубцово-спаечными изменениями, резко возрастают длительность вмешательства, его шокогенность и опасность смертельного исхода. Ввиду перфорации язв оперировано 62 (23,9%) больных. Послеоперационная летальность составила 5,4%. 16 больных (6,2%) оперированы по поводу язвы с малигнизацией.

21 операция произведена в связи с профузным гастродуоденальным кровотечением, которое не удалось остановить, несмотря на интенсивно проводимую гемостатическую терапию. Послеоперационная летальность достигла 9,5%. 8 больных подверглись операции по поводу больших каллезных язв желудка.

Группу больных, оперированных по относительным показаниям, составили лица, страдающие язвенной болезнью длительное время — от 4 до 35 лет. Большинство из них многократно подвергались стационарному и санаторно-курортному лечению. В последнее время у них отмечались частые обострения с выраженным болевым синдромом и длительной потерей трудоспособности. У 32 больных на операции выявлена пенетрация язв в поджелудочную железу, перипроцесс.

Таблица 3
Виды оперативных вмешательств

Операция	Число больных	
	абс.	%
Гастрэктомия	5	1,9
Резекция $\frac{3}{4}$ желудка	18	7,9
Резекция $\frac{2}{3}$ желудка	119	46,0
Экономная резекция желудка	35	13,5
Ваготомия с экономной резекцией желудка	14	5,4
Ваготомия с дренирующими операциями	26	10,0
Ушивание язвы при перфорациях	42	16,2
Всего	259	100

Основное значение при выборе вида и объема операции (см. табл. 3) мы придавали функционально-морфологическим изменениям слизистой оболочки тела желудка. Для выявления степени поражения желудочных желез наряду с фракционным методом изучения секреции проводили внутрижелудочную pH-метрию и предоперационную гастробиопсию.

Послеоперационная летальность при плановых резекциях желудка составила 2,5%. После различных видов ваготомии с дренирующими желудок операциями или в сочетании с экономными резекциями легальных исходов не было.

Благодаря строгому соблюдению приведенных показаний к оперативному вмешательству при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нами достигнуто снижение частоты постгастрорезекционных

синдромов по сравнению с данными литературы. Мы обнаружили патологические синдромы после резекции желудка у 6,4% обследованных, из них двое оперированы повторно.

ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо проводить по четко выработанным показаниям.
2. В клинической практике оправдало себя деление показаний к хирургическому лечению при язвенной болезни на абсолютные, условно абсолютные и относительные.
3. Целесообразно расширить показания к оперативному лечению у больных с неосложненным течением язвенной болезни.
4. Наряду с оптимальным методом хирургического лечения правильные показания к нему являются профилактикой болезней оперированного желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. а) Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Горький, 1950; б) Вопросы хирургии желудка и пищевода. Горький, 1956.— 2. Березов Ю. Е., Ермолов А. С. Хирургия, 1977, 7.— 3. Джанелидзе Ю. Ю. Сов. хир., 1933, 1—3.— 4. Коломийченко М. И., Яцентук М. Н., Чулаевский В. К. В кн.: Тез. конф. по курортному и хирургическому лечению язвенной болезни. Ставрополь, 1971.— 5. Кузин М. И. В кн.: Тез. всесоюз. конф. по органосохраняющим операциям (ваготомии) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1978.— 6. Масевич Ц. Г. В кн.: Тез. конф. по курортному и хирургическому лечению язвенной болезни. Ставрополь, 1971.— 7. Маят В. С., Панцырев Ю. М. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. М., Медицина, 1975.— 8. Петров Н. Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее хирургическое лечение. Л., Медгиз, 1941.— 9. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев, Здоров'я, 1972.— 10. Judd E. S. Surg. Clin N. Amer., 1971, 51, 843.

Поступила 9 февраля 1979 г.