

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Доц. С. И. Котомина

Клиника общей хирургии (зав. — проф. А. И. Кожевников) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

В отечественной и зарубежной литературе есть единичные сообщения по вопросу о множественных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки (В. М. Подлещук, Т. К. Новицкая, А. Г. Серебрякова, Катц, Масьион и др.). Иногда о множественных язвах пишут как о казуистических наблюдениях (Д. Н. Шейд, Л. И. Коварский, Ю. Е. Березов, Н. В. Гладков и др.). Т. К. Новицкая указывает, что множественные язвы желудка встречаются у 4,8% язвенных больных, В. Н. Промтова — у 3,5%, А. А. Бусалов — 6,6%, И. М. Флекель — от 5 до 20%, Мэйо — у 12%, Мойнинген — у 25%.

Диагностика множественных язв затруднительна, значимость же распознавания данной патологии очевидна.

В. Н. Ходковым описано следующее наблюдение: после клиновидной резекции желудка по поводу кровоточащей язвы желудка больной погиб от прободения второй язвы. Н. Н. Еланский сообщил об упорном желудочном кровотечении после резекции желудка по поводу каллезной язвы пилорического отдела. На вскрытии найдена вторая язва — кардии с переходом на пищевод. М. Г. Зайцев, приводя данные об особенностях язвенной болезни в военное время, отмечает, что у 7—12% оперированных больных встречались множественные язвы. Язвы располагались иногда в виде цепочки по малой кривизне, а иногда на передней и задней стенках желудка, так называемые «целующиеся язвы». А. И. Кожевников на I-й терапевтической конференции в Горьком (1943 г.) в своем докладе «Об особенностях осложнений язвенной болезни в военные годы» также отмечает учащение множественных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. И. Н. Кожевникова, основываясь на данных секционного материала госпиталя Горького, делает вывод, что осложненные язвы, послужившие причиной смерти больных, в значительном проценте были множественными. У 21,8% умерших от осложнений язвенной болезни на аутопсии обнаружено по две язвы, у 9% — по три язвы.

Клиника общей хирургии Горьковского медицинского института располагает за 5 лет 20 наблюдениями множественных язв желудка или язв желудка в сочетании с язвой двенадцатиперстной кишки. Всего за этот срок оперировано 526 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Следовательно, множественные язвы составляли 3,8%.

Из 20 больных 16 были мужчины. Возраст больных: от 21 до 30 лет — 2, от 31 до 40 лет — 7, от 41 до 50 лет — 9 и старше — двое.

Длительность язвенного страдания свыше десяти лет была у 10, от 5 до 10 лет — у 8, до 5 лет — у 2. Лечились в терапевтических стационарах 15 больных, остальные же проводили лечение амбулаторно. 14 больных курили, и 10 употребляли алкоголь.

Неоднократно больные подвергались рентгеноскопическому исследованию, при котором находили одну «нишу» или косвенные симптомы язвы. Трое из указанных выше больных перенесли операции: один — гастростомостомию 11 лет назад по поводу язвы желудка; двое — операцию ушивания прободной язвы желудка 16 лет назад.

В прошлом 9 больных перенесли тифозное заболевание, 4 — тяжелую форму малярии, один — туберкулез легких, осложненный выпотным плевритом.

В период Великой Отечественной войны 9 человек имели контузию и тяжелые ранения. У 7 больных в анамнезе имелось желудочное кровотечение. В хирургический стационар больных привели: длительность заболевания, безуспешность терапевтического лечения, осложнение язвы кровотечением и стенозом.

При поступлении больные предъявляли жалобы: на боли в подложечной области после приема пищи (15), на рвоту (13), тошноту и изжогу (11), отрыжку тухлым (8), слабость, похудание, плохой аппетит (11).

Упитанность была понижена у 12, бледность кожных и слизистых покровов отмечалась у 42, кахексия — у одного больного.

Гем. до 7 г% — у одного больного, от 7 до 10 г% — у 2, от 10 до 11 г% — у 5, от 11 до 11,5 г% — у 5 больных и выше — у двух.

Выраженная анемия потребовала до операции одно- или многократного переливания крови, а также гемотрансфузии и во время операции. Надо отметить, что, несмотря на неоднократное переливание крови (4—8 гемотрансфузий), у некоторых больных картина красной крови изменилась мало.

Наличие у этих больных положительных реакций на кровь в кале убеждало нас, что кровотечение, несмотря на применяемое консервативное лечение (переливание крови и сыворотки, диета, хлористый кальций, викасол и др.), не останавливалось. В других случаях гемоглобин крови заметно повысился. Так, у больного К. гемоглобин после восьмикратного переливания крови (в течение 29 дней) поднялся с

32 до 48%. Количество эритроцитов оставалось почти стабильным. РОЭ у большинства больных была повышенной до 50 мм/час. Число лейкоцитов у данной группы больных было в пределах нормы.

Анализ желудочного сока показывает цифры свободной соляной кислоты от 0 до 60 и общей кислотности от 16 до 88. В желудочном содержимом у ряда больных обнаружено значительное количество слизи.

Точный рентгенологический анализ множественных язв был поставлен только у 2 больных. Нам кажется, что рентгенологи, обнаружив язву желудка или двенадцатиперстной кишки, не всегда продолжают поиски язв других локализаций, что и приводит к такому большому числу невыявленных множественных язв.

У 14 больных было по две язвы, у 3 — по 3, у 2 — по 4 и у одного — 5.

Множественные язвы были только в желудке у 13 больных, только в двенадцатиперстной кишке — у одного и в желудке и двенадцатиперстной кишке — у 6.

Множественные язвы сочетались с другими осложнениями язвенной болезни: с пенетрацией — у 8 больных, стенозом — у 9, с кровотечением в анамнезе — у 6 и прободением — у двух. Отдельные больные имели по 2—3 осложнения язвенной болезни.

Отмечено, что осложнения чаще встречаются у больных с множественными язвами, чем у больных с одиночными язвами.

Все больные с множественными язвами подверглись оперативному вмешательству. 18 больным сделана резекция желудка, одному — резекция желудка и анастомоза и у одного одновременно с резекцией желудка удалена небольшая часть головки поджелудочной железы (во время операции было подозрение на малигнизацию язвы). У 17 больных при резекции удалено $\frac{2}{3}$ желудка, а у 3 операция произведена по типу субтотальной резекции.

Операции проводились под местным обезболиванием.

Атипичные резекции мы применяли при кардиальных язвах желудка и низко расположенных язвах двенадцатиперстной кишки. При кардиальных язвах производилась резекция желудка «лестничная» или в форме «уступа». Малая кривизна желудка создавалась из кардиальной его части. При формировании малой кривизны производился контроль за проходимостью пищевода.

У 17 больных с множественными язвами укрытие культи двенадцатиперстной кишки проводилось типично. У 3 больных, ввиду низко расположенной язвы двенадцатиперстной кишки и инфильтрата, проникающего в головку поджелудочной железы, применена методика, принятая в нашей клинике.

Приводим краткое описание методики. Двенадцатиперстная кишка берется на держалки, кишка рассекается на уровне язвы или выше (в зависимости от локализации). Содержимое кишки отсасывается насосом. Излишняя слизистая срезается. Кровоточащие сосуды лигируются тонким кетгутом. Наклаиваются узловатые, толстые (№ 5) шелковые швы, не захватывающие слизистую. Первый вкол делается на 1 см от края разреза в серозно-мышечный слой и выкалывается у просвета кишки между мышечной и слизистой оболочками. Второй вкол делается в противоположную стенку между слизистой и мышечно-серозным слоем и выкалывается на 1 см от просвета кишки. За первым рядом узловатых швов следует второй. Затем для сужения культи в поперечном направлении производится наложение шелкового шва от верхнего к нижнему краю культи, иногда с захватыванием утолщенной капсулы поджелудочной железы.

Заметим, что метод атипичного укрытия культи без шва слизистой одиночными шелковыми швами прост и доступен каждому хирургу. Он оправдал себя на значительном числе наблюдений нашей клиники в руках большого числа хирургов различной квалификации (то же отмечал В. Э. Салищев в 1947 г.).

Отказ от шва на слизистую оболочку позволяет без натяжения сблизить края двенадцатиперстной кишки и погрузить слизистую оболочку, не создавая замкнутой полости между линиями шелковых и кетгутовых швов. Вследствие этого секрет желез слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, обладающей переваривающим действием, попадает в просвет двенадцатиперстной кишки.

Преимуществом атипичного укрытия культи двенадцатиперстной кишки является узловатый тип шва, а не непрерывный. При недостаточности одного-двух швов это обеспечивает более благоприятные исходы, если даже возникает дуоденальный свищ.

Показаниями к атипичному укрытию культи являются: низкое расположение язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрация ее в поджелудочную железу, наличие стеноза, обширного инфильтрата, рубцовых изменений в окружности двенадцатиперстной кишки и пилоро-антрального отдела желудка. Это подчас мы и наблюдаем при множественных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бусалов А. А. Оценка операции резекции желудка при язвенной болезни. Докт. дисс., М., 1948.
2. Березов Ю. Е. Хирургия, 1949, 12.
3. Гладков Н. В. Хирургия, 1955, 7.
4. Еланский Н. Н. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1939, 3.
5. Зайцев М. Г. Сов. мед., 1943, 7—8.
6. Кожевников А. И. Тр. 1-й терапев. конф. 13—18/1 1943 г., Горький.
7. Кожевникова И. Н. Там же.
8. Коварский Л. И. Клин. мед., 1951, 8.
9. Колесов В. И. Сб. раб. факульт.

хир. клин., Л., 1957. — 10. Новицкая Т. К. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1950, 5. — 11. Подлещук В. М. Здравоохр. Белоруссии, 1955, 6. — 12. Промтова В. Н. Сов. хир., 1936, 8. — 13. Салищев В. Э. Тр. I Моск. орд. Ленина мед. ин-та, М., 1947. — 14. Серебрякова А. Г. Хирургия, 1950, 5. — 15. Ходков В. Н. Тр. русск. хир. общ. за 1927—28 гг., М., 1928. — 16. Шейд Д. Н. Хирургия, 1951, 4. — 17. Флекель И. М. Язвенная болезнь. М., 1958.

Поступила 29 января 1962 г.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ДЕТСКОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Канд. мед. наук Р. М. Нурмухамедов

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. М. П. Постолов) лечебного факультета Ташкентского медицинского института

Если язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у взрослых сравнительно хорошо изучена, то в детском возрасте она еще является предметом изысканий и исследований. Правильный выбор рационального лечения в соответствии с возрастными и биологическими особенностями растущего организма, с учетом отдаленных результатов представляет порой большие затруднения.

Данные литературы о частоте язвенной болезни среди детей весьма разноречивы. Некоторые исследователи вообще отрицают возможность образования подлиных хронических язв у детей до 10-летнего возраста. Однако, по данным большинства клиницистов и патологов, язвы могут образоваться не только в детском возрасте, но и у новорожденных.

Случай врожденной язвы желудка, осложнившейся профузным кровотечением у 2-дневного ребенка, описан В. О. Готлиб. На аутопсии ребенка были обнаружены две кровоточащие язвы желудка.

Первое сообщение о прободных язвах желудка у детей в отечественной литературе принадлежит Я. Э. Гамбургу и В. И. Соколову (1904), которые собрали из иностранной литературы 22 случая и описали собственное наблюдение перфорации язвы желудка у мальчика 12 лет. Майзель (1957) указывает, что за 40 лет (1902—1942) было опубликовано в отечественной литературе около 70 отдельных казуистических наблюдений язвенной болезни и ее осложнений у детей. В последние годы появился ряд работ по вопросам этиологии, патогенеза, клиники и лечения этого заболевания на основании значительного числа наблюдений. Таким образом, язвенная болезнь у детей и юношей не является столь редким заболеванием и вполне заслуженно привлекает к себе внимание.

За последние 10 лет (1951—1960 гг.) в нашей клинике лечилось 610 больных с язвенной болезнью, из которых 26 были в возрасте до 21 года (4%). Среди них до 16 лет было 4, до 18 лет — 9 и до 21 года — 12 больных.

Клиническая картина заболевания в юношеском возрасте обычно протекает с резким болевым синдромом. Так, боли в подложечной области, связанные с приемом пищи, были отмечены у 20; изжоги, отрыжки, тошноты и рвоты — у 23. Желудочный сок был нормальным у 5 больных из 15 исследованных, пониженным — у 3 и повышенным — у 7. Симптом «ниши» был обнаружен у 9 больных и стеноз привратника — у 8. Типичный язвенный анамнез был у 16, атипичный — у 6 и «немые язвы» — у 4.

Врачами поликлиники у 9 больных диагноз был установлен неверно (острый аппендицит у 3, кишечная непроходимость — у 2, подкожный разрыв кишечника — у 1, острый живот — у 3).

В клинических условиях также были допущены 3 диагностические ошибки (острый аппендицит — у 2 и подкожный разрыв кишечника — у 1 больного).

Среди наших больных у 12 была язва желудка и у 14 — язва двенадцатиперстной кишки.

Осложнения язвенной болезни отмечены у 20 больных: стеноз привратника — у 8, профузное язвенное кровотечение — у 3, пенетрация в печень и поджелудочную железу — у 2 и перфорация язвы — у 7.

Больные с неосложненной язвенной болезнью подвергались энергичной консервативной терапии, и только при явной безуспешности лечения и прогрессировании заболевания ставились показания к операции. Резекция желудка произведена 10 больным, 7 с перфоративной язвой произведено ушивание. 9 лечились консервативно и были выписаны в хорошем состоянии. Послеоперационной летальности не было.