

ПОВТОРНЫЕ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ¹

Ассистент С. С. КУРБАНАЕВА

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

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки является наиболее грозным осложнением язвенной болезни, требующим экстренного хирургического вмешательства. Хотя летальность от перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с каждым годом снижается, доходя по данным В. И. Стручкова (1953), в среднем до 5,8%, наряду с этим опубликованы статистические данные с более высокой летальностью: 10—15% (Б. С. Розанов).

Если вопрос о необходимости экстренного хирургического вмешательства при перфоративной язве не вызывает сомнения и результаты зависят от сроков операции, то выбор метода (резекция или ушивание) рассматривается различно.

Сторонниками паллиативного метода (ушивание перфоративной язвы) являются И. М. Стельмашонок, С. И. Ворончихин, А. В. Мельников, Н. Е. Дудко, Е. Л. Березов, В. И. Стручков и др.

За резекцию при прободных язвах высказываются С. С. Юдин, А. Т. Лидский, Б. С. Розанов, А. В. Фединец.

Всё же в настоящее время большинство хирургов делают паллиативную операцию (ушивание) перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, например, по данным Н. Е. Дудко, из 47 хирургов 42 производят преимущественно ушивание перфоративной язвы. Однако, количество сторонников резекции в случаях перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки все увеличивается. Это, очевидно, связано с неудовлетворительными отдаленными результатами ушивания прободных язв. Данные об отдаленных результатах ушивания перфоративной язвы противоречивы: так, например, Л. С. Беккерман (1939), по литературным данным, указывает на 77,9% хороших и 12,5% удовлетворительных результатов после ушивания, Н. Е. Дудко (1945) на 178 обследованных больных, перенесших операцию ушивания, у 88—98% больных нашел хорошие и удовлетворительные результаты. Н. Е. Епифанов (1954) сообщает, что 85% больных, перенесших операцию ушивания, не нуждаются в повторной операции, так как чувствуют себя хорошо.

Наряду с этим, ряд авторов указывает, что ушивание перфоративной язвы хотя и спасает больного от смерти, но дает неудовлетворительные отдаленные результаты. По данным Ф. А. Жук, из 102, которым было сделано ушивание, только у 50% наблюдалось

¹ Доложено на заседании хирургического общества ТАССР, 13/III 1957.

выздоровление в отдаленные сроки, у 25% язвенная болезнь продолжалась, и у 25% имелись некоторые улучшения. В. В. Вахидов (1955) из 75 обследованных после ушивания нашел здоровыми 29,4%, у 26,6% отмечено улучшение, и в 44% излечение не наступило. По И. С. Кузнецову (1955), на 83 больных, перенесших ушивание, у 73,5% больных отдаленные результаты были плохими.

Причинами неудовлетворительных исходов ушивания перфоративной язвы служат: рецидив язвы, незажившие язвы, кровотечения, перерождение в рак, повторные перфорации и др. Среди перечисленных выше осложнений операции ушивания перфоративной язвы особое значение по опасности и тяжести представляют повторные перфорации язвы. Случаи повторных перфораций сравнительно редки. До 1945 г. в отечественной и иностранной литературе Н. Е. Дудко собрал 12 случаев повторных перфораций после ушивания. В доступной нам литературе мы собрали еще 45 случаев повторных перфораций, приведенных 28 авторами.

Принято различать повторные перфорации в результате незажившей после ушивания перфоративной язвы, рецидивной или новой язвы. В дифференциальной диагностике повторных перфораций большое значение имеет анамнез, однако даже при операции трудно установить, имеем ли мы прободение незажившей язвы или новой. Повторные перфорации встречаются редко; приводим литературные данные частоты повторных прободений по отношению ко всем перфоративным язвам.

Таблица № 1

Авторы	Год	Количество прободений	Повторные прободения	%
И. В. Тихомиров	1936	393	1	0,25
Н. Е. Дудко	1945	618	4	0,65
В. И. Петушков	1945	216	1	0,46
П. В. Вознесенский	1949	215	2	0,9
В. В. Жарова	1953	277	3	0,76
С. Б. Будзинская-Соколова	1955	319	3	0,9
Наши данные	1957	400	5	1,25
Всего	22	2438	19	0,77%

Особого внимания заслуживают больные, имевшие перфорации по 2, 3 и более раза. Количество таких больных незначительно, так, например, описаны 3 случая трехкратной перфорации (Н. Н. Веселоворов, И. В. Тихомиров, Д. Д. Чалых), 2 случая четырехкратной перфорации (М. Т. Фридман, В. В. Жарова).

Большинство повторных перфораций встречается у мужчин. Локализация повторных перфораций самая различная: малая кривизна, препилорический и пилорический отделы, двенадцатиперстная кишка.

Повторные перфорации встречаются в долях процента, но по отношению к этим больным, с нашей точки зрения, нужно пересмотреть хирургическую тактику.

Наши данные о частоте повторных перфораций мало чем отличаются от данных других авторов и по отношению ко всем больным с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки составляют 1,25%.

На 400 случаев перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки мы наблюдали 5 повторных перфораций, из них один больной имел трехкратную перфорацию. Приводим выдержки из историй болезни.

1. Больной Ч-ов, 27 лет (история болезни № 3338), слесарь, доставлен в клинику неотложной хирургии 16 июня 1951 г., через 2 часа с момента заболевания. Язвенной болезнью страдает в течение 11 лет. В 1945, а затем в 1950 г. оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, в обоих случаях сделано ушивание перфоративной язвы. Через 6 месяцев от последней операции вновь появились боли в подложечной области и рвота, не лечился. 16 июня 1951 г., через год после последней операции, наступила третья перфорация с типичным анамнезом и клиникой перфоративной язвы. При лапаротомии обнаружены обширные плоскостные спайки в брюшной полости и перфоративное отверстие в 0,6 см на малой кривизне желудка, ближе к пилорическому отделу. Произведено ушивание перфоративного отверстия с пластикой сальником на ножке. Выздоровление.

2. Больной С-в, 42 лет (история болезни № 1226), инструктор профтехшколы, доставлен в клинику через 2 часа с момента заболевания в тяжелом состоянии. В 1936 г. перенес операцию ушивания перфоративной язвы желудка. После операции были небольшие боли в подложечной области, лечился амбулаторно, 24/IV 1946 г., то есть через 10 лет после первой операции, наступила повторная перфорация. Анамнез и клиника которой были типичны для перфоративной язвы. При операции обнаружено прободное отверстие с булавоочную головку на передней поверхности пилорического отдела желудка с инфильтрацией вокруг. Произведено ушивание перфоративного отверстия с пластикой сальником на ножке. Выздоровление.

3. Больной К-н, 36 лет (история болезни № 4924), слесарь. Язвой желудка страдает 8 лет. В 1947 г. в данной клинике оперирован по поводу перфоративной язвы желудка (перфоративное отверстие в 0,2 см с мягкими краями на передней поверхности препилорического отдела желудка). После операции боли в подложечной области не прекращались. 29 августа 1951 г., через час с момента заболевания, доставлен в клинику в тяжелом состоянии, с типичной картиной прободения, которое наступило через 4 года после первой перфорации. При операции обнаружено перфоративное отверстие в 0,3 см с каллезными краями на передней поверхности препилорического отдела желудка. Произведено ушивание перфоративного отверстия. Брюшная полость дренирована. Выздоровление.

4. Больной Ф-в, 20 лет (история болезни № 2519), часовой мастер. В 1951 г. в данной клинике перенес операцию ушивания перфоративной язвы пилорического отдела желудка. После операции отмечал периодические боли в подложечной области, но не лечился. 18/IV 1954 г., то есть через 3 года после первой операции доставлен в клинику вновь, в состоянии средней тяжести, с типичной картиной перфоративной язвы, через 2 часа с момента заболевания. При операции обнаружено перфоративное отверстие в 0,3 см на передней поверхности двенадцатиперстной кишки. Сделано ушивание. Выздоровление.

5. Больной П-в, 32 лет (история болезни № 7020), шофер. 20 мая 1955 г. в 12 городской больнице гор. Казани оперирован по поводу перфоративной язвы передней поверхности пилорического отдела желудка. Сделано ушивание. Через 6 месяцев после операции у больного вновь появились боли в подложечной области. Не лечился. Через 17 месяцев, 21 октября 1956 г. вновь наступила перфорация язвы. Доставлен в клинику неотложной хирургии через 2 часа с момента заболевания, в состоянии средней тяжести. Клиническая картина перфорации типична. При лапаротомии в брюшной полости обнаружены обширные плоскостные спайки, перфоративное отверстие было расположено на передней поверхности двенадцатиперстной кишки размером в 0,3 см с каллезными краями. Произведена резекция 2/3 желудка. Выздоровление.

Обращает на себя внимание то, что все больные поступили в клинику в ранние сроки с момента перфорации с типичной клинической картиной перфоративной язвы. Это не подтверждает высказывание Т. Н. Мордвинкиной, что повторные перфорации язвы в свободную брюшную полость якобы не дают типичной клинической картины из-за спаечного процесса в брюшной полости.

По нашим данным, из 5 больных, имеющих повторные перфоративные язвы, у 2 язвы находились в двенадцатиперстной кишке. Особенно интересно, что у 2 больных повторные перфорации относятся к язвам с новой локализацией (двенадцатиперстная кишка).

Самая ранняя повторная перфорация наступила через год после ушивания (больной Ч-в, история болезни № 3338) и самый длительный срок был у больного С-ва (история болезни № 1226), когда повторная перфорация наступила спустя 10 лет после ушивания язвы.

Надо отметить, что все больные с повторной перфорацией продолжали болеть и имели типичный язвенный анамнез, как правило, не лечились, диеты не соблюдали. Только одному больному была сделана радикальная операция — резекция желудка. Отдаленные результаты паллиативной операции при повторной перфорации представляют известный интерес. Из 5 оперированных нами больных отдаленные результаты собраны у 4. После трехкратной операции ушивания больной остался с явлениями язвенной болезни. Умер по причине, не связанной с основным заболеванием. Второй больной, С-в, спустя 3 года после повторного ушивания, подвергнут операции резекции желудка, после которой прожил блет и умер от нефроза-нефрита. Больной Ф-в после повторной операции имеет явления гастрита, который обостряется в связи с нарушением диеты, и 1 больной, которому была сделана резекция желудка на высоте повторной перфорации, чувствует себя хорошо.

Так как личный материал повторной перфорации у каждого автора незначителен, то опубликование отдельных наблюдений по данному вопросу представляет определенный интерес, а обобщение всех наблюдений позволит выработать рациональную тактику в профилактике и лечении этого грозного осложнения язвенной болезни. Изучение собственного материала и наблюдения других авторов показывают, что чаще повторные перфорации бывают у лиц, не соблюдающих диету, злоупотреблявших алкоголем, курением. В связи с тем, что после повторного ушивания в большинстве случаев выздоровление не наступает, резекция желудка для этих больных является операцией выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ю. В. Астрожников. Многократное прободение пептической язвы после резекции желудка. Вестник хирургии, № 2, стр. 62—63, 1954.
2. А. П. Баженова. Исходы оперативного лечения больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки методом ушивания. Хирургия, № 7, стр. 22—25, 1953.
3. Е. Л. Березов. Повторные операции на желудке. Хирургия, № 9, стр. 53—62, 1947.
4. А. М. Болдин. Причины повторных операций на желудке по поводу язвенной болезни. Труды I Республиканского съезда хирургов Молдавии, стр. 144—148, Кишинев, 1949.
5. С. Б. Будзинская-Соколова. Отдаленные результаты ушивания прободных язв. Вестник хирургии, № 4, стр. 99—102, 1955.
6. А. А. Бусалов. К вопросу о двухкратном прободении язвы желудка. Новая хирургия, № 4, стр. 335—337, 1931.
7. В. В. Вахидов. Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и отдаленные результаты их лечения. Советское медицинское реферативное обозрение, вып. 22, 1955.
8. Н. Н. Веселовзоров. Случай трехкратного прободения при язвенной болезни. Вестник хирургии, т. 13, кн. 37—38, стр. 371—373, 1928.
9. С. И. Ворончихин. Местная анестезия по Вишневскому при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия, № 8, стр. 43—46, 1939.
10. В. П. Вознесенский. Ушивание или резекция при прободной язве желудка. Хирургия, № 12, стр. 23—30, 1949.
11. Н. Е. Дудко. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки и операция ушивания. Москва, 1945.
12. Н. С. Епифанов. Повторные операции после ушивания прободных язв. Вопросы хирургии желудка и пищевода, Горький, 1956.

13. Т. Н. Мордвикина. Повторные прободения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестник хирургии, № 2, стр. 53—55, 1957.
14. А. Е. Норенберг. К вопросу о выборе метода операции при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки в свете отдаленных результатов. Вестник хирургии, № 2, стр. 21—28, 1952.
15. В. Н. Петушков. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки по материалам госпитальной хирургической клиники КГМИ. Казань, 1945.
16. Б. С. Розанов. Результаты хирургического лечения больных с прободными язвами желудка по наблюдениям института имени Склифасовского за 30 лет. Хирургия, № 7, стр. 12—15, 1953.
17. Э. А. Сафельд. О повторных прободениях язв желудка. Вестник хирургии, № 2, стр. 30—33, 1952.
18. Н. Е. Сизых. Случай повторной перфорации язвы желудка. Советская медицина, № 7, стр. 65—66, 1956.
19. Б. С. Тартаковский. Случай двухкратной перфорации язвы желудка. Хирургия, № 2, стр. 171—172, 1937.
20. Д. Д. Чалых. Случай троекратного прободения язвы двенадцатиперстной кишки. Хирургия, № 5, стр. 92, 1955.
21. В. В. Жарова. Случай четырехкратного прободения язвы желудка. Советская медицина, № 6, стр. 37—38, 1953.
22. О. Ф. Янкова. Два случая рецидивного прободения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Ужгородский государственный университет. Научные записки, т. III, стр. 78—82, 1951.

Поступила 25 мая 1957 г.