

О ЧАСТОТЕ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ¹

Канд. мед. наук Н. С. Епифанов

Хирургическое отделение (зав.—Н. С. Епифанов)
Кировской областной больницы

Несмотря на то, что литература о прободных гастродуоденальных язвах достаточно обширна, некоторые общие вопросы их возникновения, локализации, зависимости частоты от возраста, пола, времени года и др. являются недостаточно освещенными, а порой и спорными. В виду этого и была предпринята настоящая работа, основывающаяся на изучении 1522 наблюдений над больными с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, лечившимися в больницах Кировской области на протяжении 1947—1956 гг.

По литературным данным, в Новосибирске на 100 000 населения в довоенное время наблюдалось 6 перфораций в год, а в первый же год Великой Отечественной войны количество их поднялось до 13—14 (Г. Д. Лернер). В Орехово-Зуеве в 1926—1933 гг. в среднем приходилось 2,5 прободения на 10 000 взрослого населения (Д. Л. Каждан). В Воронежской области в 1949 г. регистрировалось около 1 прободения гастродуоденальных язв на 10 000 населения (Б. И. Новиков). В Швеции (1930—31 гг.) ежегодно было 0,738 прободения на 10 000 населения, а с началом войны на Западе—в 1940 году—число это поднялось до 1 на 10 000 (Петрен). В Англии в послевоенные годы наблюдалось 2,5 прободения на 10 000 жителей (Иллингворт).

Учет прободений за 1954—56 гг. в г. Кирове и 13 районных городах области показал, что средний годовой коэффициент частоты прободений на каждые 10 000 жителей равнялся 2,2 с колебаниями от 2 до 2,5.

Осложнение язвенной болезни прободением наблюдалось ежегодно у 6,2% всех зарегистрированных язвенных больных. Как велика угроза прободения для каждого заболевшего язвенной болезнью на протяжении многолетнего течения заболевания? По отношению к числу впервые заболевших язвенной болезнью число прободений составляет 16,6%. Другими словами, по нашим данным, каждого шестого из числа заболевших язвенной болезнью ожидает перфорация.

Как известно, язвенной болезнью вообще страдают значительно чаще мужчины, чем женщины. В отечественной литературе за последние 10 лет, по сообщениям 28 авторов, среди 7868 наблюдений женщины составили лишь 6,3% всех больных с прободными язвами, а в зарубежной (за 20 последних лет), согласно 16 сообщениям, среди 2512 больных женщин оказалось только 5,3%.

Резкое преобладание мужчин среди больных с прободными язвами С. С. Юдин объяснял гормональными факторами, а Багер—потреблением табака мужчинами.

Среди 1522 оперированных в больницах Кировской области (1947—56 гг.) было 1418 мужчин (93,2%) и 104 женщины (6,8%).

Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются преимущественно у людей молодого и среднего возраста.

Среди мужчин наибольшее количество больных с прободными язвами падает на возраст от 20 до 29 лет, в то время как среди женщин—от 40 до 49 лет. Это связано с известным фактом, что у мужчин резко преобладают прободения дуоденальных язв, что, в свою очередь, происходит в более молодом возрасте. У женщин относительно чаще встречается перфорация язв малой кривизны желудка, а эти язвы, по сравнению с дуоденальными, чаще наблюдаются у больных более старшего возраста.

Самой молодой из наших больных была девочка 5 лет. Самому старшему больному было 80 лет.

Средний возраст, высчитанный ко всем больным, равняется 38,6 года. Он несколько меньше у мужчин (38,4 г.), чем у женщин (40,4).

Вопрос о преимущественной локализации прободений при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки практически важен. Ряд авторов отмечает различия в непосредственных исходах после операций при различных локализациях прободных язв. Существуют особенности и в оперативной тактике при разных расположениях прободения. Наконец, имеются отличия и в отдаленных результатах. В частности, после ушивания язв двенадцатиперстной кишки практически нет опасности в малигнизации язвы, в то время как при язве желудка такая опасность вполне реальна.

По вопросу о частоте локализации прободных язв в разных отделах желудка и двенадцатиперстной кишки до сих пор споры ведутся о том, какой процент дуоденальная локализация занимает среди всех прободных гастродуоденальных язв.

Н. Е. Дудко считает, что 85% прободных язв падает на желудочную и 15%—

¹ Доложено на заседании Кировского областного научного общества хирургов 17 сентября 1959 г.

на дуоденальную локализацию. И. М. Стельмашонок на основании сборной статистики указывает, что 75% прободных язв находилось в желудке и 25% в двенадцатиперстной кишке. С. С. Юдин на основании материала института им. Склифосовского сообщает, что прободные язвы только у 9,9% больных располагались в желудке, а свыше 90% было дуоденальных.

Как же можно объяснить такую противоречивость?

Хирурги при ушивании прободной язвы очень часто неправильно расценивают ее локализацию. Воспалительный инфильтрат, гиперемия и отечность тканей, фибриновые и гнойные наложения затрудняют правильную ориентировку, в частности, мешают видеть пилорическую вену, признаваемую в качестве границы между двенадцатиперстной кишкой и желудком. Другое дело — при первичной резекции желудка, здесь хирург во время препаровки тканей легче ориентируется в анатомическом положении язвы. Кроме того, он имеет возможность уточнить расположение язвы по резекционному препарату, осматривая ее со стороны слизистой оболочки, где граница между желудком и двенадцатиперстной кишкой всегда бывает четко видна. Поэтому данные С. С. Юдина, основанные преимущественно на материале первичных резекций желудка, несомненно, наиболее достоверны.

Из произведенных нами 312 резекций желудка у больных, перенесших в прошлом ушивание прободной язвы, в 210 случаях нам было известно, как расценил локализацию прободения хирург, производивший ушивание. Из 210 больных расположение прободной язвы в двенадцатиперстной кишке отмечено при первой операции только у 79, то есть в 37,6%. При повторной операции — резекции желудка — мы могли точно установить, где в действительности находилось прободение. Об этом свидетельствовали рубцы, салник припаянный (ранее подшитый) к месту прободения, иногда незажившая язва и старые инкапсулированные шелковые швы, которые были наложены при ушивании язвы. При этом оказалось, что в действительности язва в двенадцатиперстной кишке была не у 79, а у 172 больных из 210, что составляет 81,9%. Это дает нам право считать, что более 80% всех прободных язв относится на долю дуоденальных. Особенно редко прободение желудочных язв встречается у мужчин молодого и среднего возраста. Несколькими чаще прободные язвы желудка встречаются у женщин и у пожилых мужчин.

В зависимости от времени года частота прободений была освещена в ряде работ для выяснения патогенеза. Общеизвестно, что обострения язвенной болезни наблюдаются преимущественно весной и осенью. Частота прободений язв далеко не всегда совпадает с этими двумя сезонными волнами обострений. С. С. Юдин полагал, что увеличение числа прободных язв во второй половине зимы и в начале весны зависит от уменьшения количества витаминов в пище. Он находил подтверждение своего взгляда в аналогичных высказываниях ряда иностранных авторов, указывающих на редкость язв желудка в странах, где население питается преимущественно растительной пищей.

В распределении по месяцам поступления наших больных с прободными язвами мы видим совершенно определенную закономерность. Наименьшее число прободений падает на февраль (4,7%). Затем число больных с каждым месяцем круто нарастает и достигает своего апогея в июне (11,6%), а затем идет постепенный спад числа поступлений, вплоть до февраля.

Анализ нашего материала позволяет присоединиться к точке зрения С. С. Юдина и других авторов, видящих в пониженном поступлении витаминов с пищей один из факторов, способствующих возникновению перфорации у язвенных больных. Действительно, в Кировской области, находящейся на северо-востоке Европейской части РСФСР, где овощи и фрукты созревают поздно, дефицит витаминов в организме может оказаться наибольшим именно в июне. В этом месяце, по нашим наблюдениям, наиболее часто встречаются и другие осложнения язвенной болезни: кровотечения, резкие обострения болевого синдрома, глубокие пенетрации язвы в паренхиматозные органы, развитие обширных язвенных инфильтратов.

По нашим данным, нет оснований связывать увеличение числа прободений, с повышенной трудовой нагрузкой (разгар сельскохозяйственных работ), как это делает Б. С. Быковский, поскольку при разделении всех наших больных на горожан и жителей сельской местности разницы в количестве прободений у тех и других не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быковский Б. С. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1935, кн. 110—111.
2. Дудко Н. Е. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки и операция ушивания. М., 1945.
3. Лернер Г. Д. Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в мирное и военное время. Дисс., Винница, 1949.
4. Неймарк И. И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1958.
5. Новиков Б. И. Тр. III Воронежского обл. съезда хирургов. Воронеж, 1950.
6. Стельмашонок И. М. Прободная язва желудка и ее лечение. Минск, 1949.
7. Юдин С. С. Сов. хир., 1935, 6; Этюды желудочной хирургии, 1955.
8. Bager B. Acta chir. scand. (Stockholm), 1929, Bd. 11.
9. Jennings D. Lancet, 1940, 1.
10. Petren G. Chirurg, 1942, 14.

Поступила 26 сентября 1959 г.

СИМПТОМОКОМПЛЕКС «ОСТРОГО ЖИВОТА» ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПУРПУРЕ (БОЛЕЗНИ ШЕНЛЕЙН — ГЕНОХА) И ТАКТИКА ХИРУРГА

Г. И. Волков

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. С. И. Ворончихин)
Ижевского медицинского института

Затруднения при диагностике болезни Шенлейн — Геноха возникают, во-первых, из-за частого отсутствия эктопических симптомов (по данным Сенека и Госсе): в 30% высыпание на теле запаздывает или вообще не возникает; во-вторых, очень часто наблюдаемый при этом заболевании симптомокомплекс «острого живота» имеет большое сходство с аппендицитом, инвагинацией или другими видами непроходимости кишечника. Если учесть, что это заболевание в основном встречается у детей, с которыми порою чрезвычайно трудно установить контакт, становится понятным ряд ошибок в лечении этого заболевания (и необоснованных хирургических вмешательств).

С 1955 г. мы наблюдали 5 больных с абдоминальной пурпурой, у которых отмечались симптомы «острого живота», причем в одном случае это было вызвано инвагинацией, в двух случаях состояние напоминало картину инвагинации, а у остальных — картину острого аппендицита.

На появление при абдоминальной пурпуре симптомов, сходных с острым аппендицитом и инвагинацией, указывают в своих наблюдениях А. М. Стукалюк (1954), Т. С. Вильямовский (1956), М. В. Басс (1954), Б. О. Мильков (1959). Х. И. Фельдман и Р. И. Забара (1954)¹, кроме того, наблюдали картину язвы желудка у двух больных абдоминальной пурпурой. Следует иметь в виду, что в некоторых случаях нельзя категорически отказываться от оперативного вмешательства при абдоминальной пурпуре вследствие того, что иногда (как это приводится в нашем наблюдении) в результате усиленной перистальтики, спазма и расширения отдельных участков кишечника возможна истинная инвагинация или другие виды механической непроходимости кишечника (Т. С. Вильямовский, 1954; Х. И. Фельдман и Р. И. Забара, 1954; Б. М. Свержинская, 1956; С. З. Меклер, 1956).

Инвагинацию кишечника на фоне выраженных признаков болезни Шенлейн — Геноха мы наблюдали у больного Б.

Б-ной Алеша Б., 6 лет, поступил экстренно 9/IV-55 г. с жалобами на приступообразные боли в животе, рвоту. Мать отмечала примесь крови в кале и частые позывы на дефекацию. Больной поступил на вторые сутки с момента заболевания. Заболевание началось с подъема температуры до 38°, а через некоторое время появились точечные кровоизлияния на конечностях.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. На внутренней поверхности ног и рук мелкоточечные кровоизлияния. Мальчик ведет себя беспокойно, периодически кричит и принимает разнообразное положение. Температура — 38,3°, пульс — 118. Язык обложен грязно-серым налетом, живот несколько вздут, при пальпации ниже пупка определяется опухолевидное образование продолговатой формы, границы четко определить не удается из-за болезненности и напряжения мышц живота. Положительный симптом Щеткина — Блюмберга по всему животу. Лейкоцитоз — 14 600.

Диагностирована абдоминальная пурпура, осложненная инвагинацией, по поводу чего срочно под эфирным наркозом произведена операция (С. И. Ворончихин).

По вскрытии брюшной полости выделилось большое количество геморрагической жидкости. При ревизии обнаружена инвагинация тонкого кишечника в тонкий. Произведена дезинвагинация, сделана резекция нежизнеспособного внедрившегося участка кишечника с последующим анастомозом конец в конец. Мелкоточечные кровоизлияния отмечены и на брыжейке тонкого кишечника.

В послеоперационном периоде наблюдалось частичное нагноение раны. Выписался через 21 день. К этому времени сыпь на теле исчезла.

Через 4 года мальчик здоров.

У другого больного предпринятая лапаротомия оказалась напрасной. Хирургической патологии со стороны кишечника не обнаружено. Активная тактика хирурга была вызвана тем, что в результате геморрагического выпота появились клинические признаки раздражения брюшины.

Б-ной К., 9 лет, доставлен самолетом из районной больницы 29/V-58 г. с диагнозом: язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением.

Мальчик при поступлении жаловался на резкие приступообразные боли в животе, тошноту, рвоту, частый жидкий стул с примесью алой крови. Рвотные массы имели цвет кофейной гущи.

¹ Хирургия, 1954, 2.