

## К вопросу о перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки.

Проф. Н. В. Соколова.

Если по вопросу о хирургическом лечении хронических язв желудка и 12-перстной кишки существуют разногласия между терапевтами и хирургами, то там, где дело касается перфоративной язвы,—этого разногласия нет: больные с перфоративной язвой должны быть предоставлены вмешательству хирурга, и чем это сделано раньше, тем лучше.

Чугаев на основании сборного материала в 1870 случаев перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки делает вывод, что больные, оперированные в первые 6 часов после перфорации, как правило, выздоравливают; случаи, где операция отложена до 12 часов, дают сомнительный прогноз; у оперированных спустя 24 часа—смертельный исход обычен. По материалу Мануйлова в 49 случаях оперированные в первые 6 часов дали 7,6% смертности, оперированные в первые 6—12 часов—53% смертности, а оперированные после 24 часов—100% смертности. По данным Дувалья оперированные до 12 час. после перфорации дают 8,9% смертности, оперированные после 12 часов—33%. У Кунзе из 11 больных, оперированных в первые 6—12 час. после перфорации, умерло 3; из 7 человек, оперированных через 12—18 час. после перфорации, умерло 2; из 5, оперированных спустя 18—24 час., умерло 3; из 5 больных, оперированных через 24—30 час., умерло 4; наконец, оперированные позднее 30 часов (6 чел.) умерли все. Словом, чем раньше диагностирована перфорация, и чем раньше доставлен больной в распоряжение хирурга, тем лучше и для больного, и для хирурга.

Диагностика перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки в типических, банальных случаях, доставленных в раннем сроке в распоряжение врача, сравнительно легка: язвенный анамнез, внезапная боль острого, дергающего характера, главным образом в области epigastrii, резко выраженное напряжение мышц живота,—главным образом прямой мышцы с правой стороны,—с отсутствием дыхательных движений брюшных мышц (Vrehe),—все это дает чрезвычайно типичную картину, позволяющую с точностью поставить диагноз перфорации. Такая именно картина была выражена у двух из наших больных, из которых один находился в клинике, готовился к операции по поводу язвы желудка с выверенным диагнозом и дал картину перфорации за день до операции; другой больной находился в Терапевтической клинике с диагно-

зом язвы и во время обследования зондом почувствовал резкие боли в животе справа, после чего у него появилось доскообразное напряженные мышц.

Труднее становится диагностика, когда больной попадает несразу в распоряжение врача,—когда картина первых симптомов затушевывается, и в анамнезе нет указаний на язву. А между тем в ряде случаев (Завьялов, Powers) у больных с перфорацией язвы желудка или 12-перстной кишки картина перфорации разыгрывается не только внезапно, без всяких предварительных симптомов-предвестников, но и вообще без всяких указаний в анамнезе на заболевание желудка.

Здесь я должен подчеркнуть одно обстоятельство, имеющее некоторое значение для диагностирования данного страдания: больные с прободной язвой часто после сравнительно-беглого осмотра подвергаются инъекции морфия, вследствие чего картина болезни с самого начала может быть так затушевана, что диагностика становится нелегкой. Как иллюстрацию этого, приведу один наш случай:

Больной П. был доставлен в клинику спустя 2 часа после острого начала болезни. Резкие боли в правой стороне живота, однократная рвота. По словам дежурного врача, живот у П. был «как доска», что и навело его на мысль о возможной перфорации язвы. Будучи приглашен на консультацию часом позднее, я нашел больного спокойно спящим в положении на боку; напряжение мышц живота было у него очень незначительное, боли слабо выражены и относились главным образом к правой подвздошной впадине. Это было после инъекции морфия. Картина перфорации была т. о. неясна, и с операцией отложено до утра. Утром напряжение брюшных мышц слабо выражено, вздутие и боли в области правой подвздошной впадины, воспалительный лейкоцитоз,  $10^9$  37,5°. Под местной анестезией типичный разрез по М. С. Вигнеу, в правой подвздошной области. Червеобразный отросток длинный, без спаек; в брюшной полости значительное количество мутноватой жидкости. Удалив отросток и зашив рану, я средним разрезом обнажил желудок и открыл перфоративную язву желудка в препилорической части.

По Moynihan'у ошибочная диагностика аппендицига вместо перфоративной язвы имеет место в 20—40%, по Bruner'у—в 27—45%. При наличии указанных симптомов и при отсутствии указаний на предварительное заболевание желудка, нередко ставится предположительный диагноз, причем не исключается возможность острого аппендицита, деструктивного холецистита, остро-гнойного панкреатита и ущемления кишек.

Еще труднее бывает диагностика перфорации в поздних случаях, когда между моментом перфорации и временем доставки больного в распоряжение врача миновал значительный срок, и успела развиться картина заболевания с перитонеальными явлениями, затушевывающими первоначальную картину: живот оказывается вздут, печеночная тупость отсутствует, наблюдаются болезненность в подвздошных впадинах, напряжение и боли при ощупывании заднего дугласова пространства через прямую кишку. При такой картине и при отсутствии язвенного анамнеза диагноз труден, и идти в брюшную полость приходится лишь с предположительным диагнозом.

Неоспоренно, что там, где диагноз перфорации ясен, нужно немедленно оперировать. Однако, думается мне, и там, где возникает сомнение, но перфорация определенно не исключена,—лучше оперировать, тем более, что вскрытие живота под местной анестезией является сравнительно-невинной операцией. Ясной иллюстрацией к этому положению

является приведенный выше нами случай, где уклонение от оперативного вмешательства могло бы стоить жизни больному.

Вообще из наших 15 случаев только в 5 был ясно выраженный язвенный анамнез; у пяти больных имелся „желудочный“ анамнез а у 5 никаких указаний на заболевание в прошлом желудочно-кишечного канала не было. Все 15 больных заболели внезапно. В 10 случаях они подвергались операции с определенным диагнозом перфоративной язвы, в 3 диагноз был сомнителен, и в 1 он оказался ошибочным.

Несомненно, большое вспомогательное значение для диагноза имеет предварительное исследование крови больного на лейкоцитоз. Впрочем в условиях экстренной хирургической помощи это не всегда бывает возможно. У наших больных это было сделано в 5 случаях, причем в одном из них, при общем благополучном состоянии больного и сомнительном диагнозе, лишь тревожная картина крови побудила нас оперировать.

По вопросу о форме хирургического вмешательства при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки среди хирургов нет единогласия. Методика олепирования различна, что находится в зависимости с одной стороны от принципиального взгляда оперирующего хирурга на язву, а с другой—от характера последней и состояния больного.

Некоторые хирурги считают язву желудка и 12-перстной кишки не местным, а сложным заболеванием конституционального характера. Они не считают возможным излечить оперативным путем лежащее в основе язвенного процесса конституциональное заболевание, почему в своих мероприятиях останавливаются на консервативных методах, ставя цель поставить язву в лучшие условия заживления и устранить вызванные ею секреторные и моторные расстройства. В отношении перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки этой группой хирургов предлагаются: 1) простое зашивание язвы 2-этажным швом, к которому присоединяется закрытие швов сальником (Завьялов, Оглоблина, Guendot, Abrahamsen, Hartman, Lecine, Delbet, Delore и др.); 2) зашивание язвы с гастро-энтеростомией. При этом часть хирургов применяет G.-E. только в случаях очевидного сужения просвета пилорической части желудка или 12-перстной кишки (Guthrie), другие (Оглоблина, Gibson) считают ее неприемлемой в условиях экстренной помощи тяжело больному, рекомендуя откладывать ее на второй сеанс; далее, многие хирурги вводят G.-E. после ушивания язвы, как метод при расположении язвы в препилорической части желудка, или в области 12-перстной кишки, причем язва ставится в лучшие условия заживления, больной получает гарантию от последствий стеноза, а хирург приобретает большую свободу действий при ушивании язвы (Скляр, Sencera, Vianney, Ondord, Kunz).

Зашивание язвы с перитонизацией швов сальником плюс G.-E. или, в некоторых случаях, пилоропластика (Sodergren), надо считать лучшим методом в условиях экстренной хирургической помощи. Простое зашивание, по наблюдению некоторых авторов (Jonston), дает несравненно худшие результаты. Лозунг, брошенный Murphy, „скорее войти в брюшную полость и как можно скорее выйти из нее“, вряд ли соответствует интересам больного и хирурга, который желает быть тщательным и целесообразным в своей работе.

Но бывают случаи, где нет технической возможности закрыть перфорационное отверстие,—края язвы рвутся при попытке свести их швами; в то же время не удается закрыть язву и засчет стенок желудка и 12-перстной кишки в пределах здоровых тканей. В таких случаях некоторые хирурги (Jaboulay, Lennander, Poissonier) советуют фиксировать окружность отверстия к передней брюшной стенке. В моем материале мне однажды пришлось встретиться с случаем труднейшего ушивания язвы, расположенной в пилорической части, но я совершенно не представляю, каким образом можно было бы подшивать такую язву—с воспаленными, фиксированными в окружности ее тканями—к передней брюшной стенке.

Другими хирургами (Brown, Smidt) применяется предложенная Neuman'ом Netzmanschette, состоящая в том, что в перфорационное отверстие вводится соответствующая дренажная трубка, которая обшивается сальником, с выведением конца ее наружу. Mühsam и Unger, сообщая о своем материале перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки, упоминают, что на 116 случаев Netzmanschette была ими применена 35 раз, причем применение ее, оказывается, дает худшие результаты, чем все другие методы. Проф. Петров недавно сообщил о 8 случаях, где зашивание было технически невозможным, и где он применил простую тампонаду, подводя последнюю к перфорационному отверстию. Из этих 8 случаев в 5 получилось выздоровление, причем только в одном из них свищ держался 4 недели.

Несомненно, целью хирурга у больного с перфоративной язвой является прежде всего исправление нарушенной стенки, закрытие перфорационного отверстия, ликвидирование источника инфекции, и прав Wildegans, что и тампонада, и Netzmanschette—стоят в противоречии с принципами, стремящимися ликвидировать источник инфекции. Но там, где нет никакой возможности произвести отчетливо это закрытие, тампон может, в крайнем случае, выручить хирурга, что доказывают приводимые Петровым случаи. Я искренно жалею, что в одном из последних наших случаев, где при язве 12-перстной кишки, переходившей на заднюю стенку, при рвущихся краях большого перфорационного отверстия, я не использовал этого метода. Зашивание в этом случае было произведено неочетливо, и на аутопсии выяснилось, что часть отверстия не была зашита.

На иной точке зрения в вопросе лечения язв вообще и перфоративных в частности стоит другая группа хирургов (Haberger, Finsterer и др.). Причинные моменты в развитии язв эта группа хирургов видит в сумме местных особенных условий, зависящих от автоматической иннервации желудка, его положения, формы и т. д. С этой точки зрения язва желудка должна считаться местным заболеванием, на которое и должно быть направлено лечение хирурга. Первоначальное стремление удалить участок с самой язвой вылилось постепенно в радикальное удаление значительной части желудка. Свой радикализм эта группа хирургов перенесла и на лечение перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки (Delaguenier, Leriche, Cadenot, Haberger, Duval, Paul, Kott, Petrivalsky и др.). Наименее радикальные из них рекомендуют элипсоформную резекцию язвы по длиннику желудочно-кишечного тракта с последующим зашиванием поперек

(Rovsing), или же выжигание ее (Balfur); другие производят резекцию желудка, как и при хронических язвах. В руках опытных хирургов последняя при перфоративных язвах дает такой же процент смертности, как и другие методы, но защитники ее (Haberer, Paul, Kott) заверяют о лучших отдаленных результатах после резекции и подчеркивают гарантию от рецидива перфорации, каковой описан некоторыми авторами после более паллиативных операций (Borszékú, Kemperers).

При разборе вопроса о хирургическом лечении язв желудка и 12-перстной кишки вообще трудно говорить о методе выбора; тем более трудно об этом говорить при разборе лечения перфоративных язв, где больше, чем где-либо, нужна индивидуализация, где нужно учитывать состояние больного и особенность каждого случая. Во всяком случае мне думается, что при язвах острых, быстро приведших к перфорации, а также при язвах латентных, ничем себя до перфорации не проявивших, и при ненарушенной моторной деятельности желудка, где ушивание язвы труда не представляет, резекция желудка вряд-ли уместна. Что касается случаев, где у больного с перфорационной язвой обнаруживается на операционном столе резко нарушенная стенка желудка в сторону ее растяжения, атрофии и связанных с этим нарушений моторной его деятельности,—там можно поставить вопрос и об этом виде вмешательства, учитывая, конечно, как состояние больного, так и техническую возможность выполнения операции.

Не разделяя полностью взгляда радикалов-резекционистов в отношении хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки, мы тем более не считаем возможным применять резекцию при перфоративных язвах в условиях экстренной хирургической помощи. В 11 из наших случаев было применено ушивание язвы, укрытие швов сальником и задняя гастро-энтеростомия; этот метод мы считаем наиболее целесообразным при расположении язвы в препилорической части желудка, в области привратника и в области 12-перстной кишки. Из остальных случаев в одном (случай перфоративной неоперабельной карциноматозной язвы) применена тампонада, в другом (при расположении язвы в области малой кривизны и при резкой слабости больного)—простое ушивание язвы, в третьем (при невозможности ушить язву, расположенную в области 12-перстной кишки)—тампонада язвы сальником на ножке с пришиванием его краев в окружности язвы в пределах здоровой ткани. Этот случай интересен в том отношении, что здесь, после смерти больного от случайного заболевания, мы имели возможность проверить судьбу сальниковой тампонады. Перфорационное отверстие, оказалось, здесь не зажило, но сальник дал прочную спайку вокруг него с образованием небольшого кармана вокруг отверстия; в этом кармане было найдено мутно-гнойное содержимое; стенка кармана, образованная сальником, была инфильтрирована гнойными клетками, и, хотя здесь сообщения кармана с свободной брюшной полостью не было, но этот очаг всегда нес угрозу развития гнойного процесса с переходом на брюшину.

Нет единогласия среди хирургов и по вопросу о закрытии брюшной полости после операции при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки: в то время, как одни (Haberer, Скляр ов) принци-

пимально зашивают брюшиную полость наглухо, другие (Kunz, Stöhr и др.) применяют всегда дренаж или в илео-цекальной области (Stöhr), или также и в области epigastrii (Giola). Во всех наших случаях, кроме одного с карциноматозной перфорировавшей язвой, где была применена тампонада, брюшная полость зашивалась нами наглухо.

Последний вопрос, на котором я позволю себе остановиться,—это вопрос о прогностике хирургического вмешательства по поводу перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки. Прежде всего прогноз здесь зависит от срока, протекшего между временем операции и моментом перфорации: как уже указано, наилучшие результаты—100% благоприятного исхода—получаются при вмешательстве в первые 6 часов после перфорации; 12-й час многими считается критическим часом, с которого процент смертности быстро растет, и случаи выздоровления оперированных через трое суток после перфорации клиника Мартынова (Блюменталь) считает чудом.

Во-вторых, предсказание зависит от места расположения язвы. В этом отношении я считаю небезынтересным опыты на собаках Vigiazó, который проделывал в разных местах желудочной стенки отверстия ножом, ножницами, Раquelin'ом. Отверстия эти в кардиальной части дали самопроизвольное заживление в 100%, отверстия на малой кривизне в некоторых случаях давали также заживление и выздоровление, отверстия на пилорической части вели в 90,9% к диффузному перитониту, наконец отверстия в области большой кривизны дали 100% смертельных исходов от перитонита. Дуоденальный дефект также всегда оказывался смертельным. Факторы, значение которых подчеркивает автор, это—фиксированность или подвижность известной части желудка и близость органов, которые могут прикрывать отверстие. С точки зрения результатов опытов этого автора становится понятным сообщение отдельных авторов (Villari), что перфоративные язвы на малой кривизне желудка могут иногда заживать самопроизвольно.

В-третьих, предсказание зависит от степени кислотности желудочного сока: чем выше последняя, тем больше данных за стерильность излившегося чрез перфорационное отверстие желудочного содержимого.

Далее, несомненно имеет значение для предсказания прирожденный иммунитет к инфекции, проникающей в брюшную полость через перфорационное отверстие,—иммунитет, дающий возможность стойко держаться больному до оперативного вмешательства; при его наличии даже и очень позднее вмешательство может дать хороший исход.

Наконец, предсказание зависит от метода обработки больного, куда я включаю как оперативную методику, так и вид анестезии. Как уже было упомянуто выше, при всех прочих равных условиях зашивание язвы с последующей G.-E. при расположении язвы в области привратника и 12-перстной кишки является лучшим методом. Что касается анестезии, то мне думается, что известный процент смертности при операциях по поводу перфоративных язв надо отнести за счет общего наркоза; особенно это относится к поздним, тяжелым случаям перфорации, где общий наркоз должно считать противопоказанным. Применение в этих случаях местной анестезии может увеличить шансы на благоприятный исход. В качестве иллюстрации к этому приведу один из наших случаев, где на третьи сутки после перфорации, при тяжелом состоянии

больного, вся операция проведена была мной под местной инфильтрационной анестезией с благоприятным исходом. Я удивлен был, насколько слабо больной в этом случае реагировал на обработку язвы и наложение Г.-Е. Надо полагать, что начавшаяся здесь интоксикация организма обусловила отчасти и анестезию. Но при этих условиях общий наркоз мог прибавить еще плюс для плохого исхода. В то же время в подобных случаях местная анестезия облегчается пониженной уже чувствительностью тканей, дающей возможность обходиться с малыми дозами анестезирующего вещества.

Наш материал обнимает 15 случаев перфоративных язв <sup>1)</sup>,—11 язв желудка, 2—привратника и 2—12-перстной кишки; из них одна язва не была оперирована вследствие отказа больной. Среди больных было 14 мужчин и 1 женщина. Самый ранний срок оперирования после перфорации—3 часа, самый поздний—49 часов. Из числа 14 оперированных непосредственно после операции умерло от перитонита 6 больных, в том числе один—с раковой язвой; кроме того 1 больной умер через 4 недели после операции при картине общего истощения (процесс в легких). Из умерших 1 был оперирован через 3 час. после перфорации, остальные все после 18 часов. Из случаев, где больные благополучно перенесли операцию, самый ранний срок ее был 3 часа после прободения, самый поздний—49 часов.

Среди осложнений, которые отмечаются после операции по поводу перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки, особенно тяжелыми являются поддиафрагмальные нарывы, обычно развивающиеся с правой стороны. У одного из наших больных такой нарыв был обнаружен на 14-й день после операции и оперирован с исходом в выздоровление; в другом случае абсцесс был обнаружен с правой стороны на секции у больного, умершего на 5-й неделе после операции; третий случай нарыва наблюдался у больной, которая отказалась от операции в момент прободения язвы, но была оперирована потом по поводу левостороннего поддиафрагмального нарыва, связь которого с перфоративной язвой была установлена на секции.

Наш материал, конечно, очень невелик, и, если я все же решил опубликовать его, то, во-первых, потому, что вопрос этот не потерял к себе интереса и выдвинут программным на предстоящем всесоюзном съезде хирургов, во-вторых, вследствие желания обратить внимание на местную анестезию, которая должна быть использована при операциях по поводу перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки; быть может, ее применение даст возможность вырвать из рук смерти больных и при операции в более позднем сроке после прободения.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Abrahamsen. Z. Organ, Bd. XXXIII, N. 8.—2) Brunner. D. Z. f. Chir., 1903, Bd. 69.—3) Блюменталь. Нов. Хир. Архив, № 6.—4) Breche. M. m. Woch., 1926, № 50.—5) Borszaky. Z.

<sup>1)</sup> Из них 7 оперированы проф. А. В. Вишневским и д-м С. М. Алексеевым в период заведывания клиникою проф. Вишневским, остальные 7 мной.

- Org., Bd. XXXIV, Н. 5.—6) Delore. Presse mèd., 1924, № 19.—  
7) Duval. Bull. et mem., 1914, № 6.—8) Finsterer. Zbl. f. Chir.,  
1924, № 35.—9) Gueniot. Z. Org., Bd. XXXIII, Н. 7.—10) Gib-  
son. Zbl. f. Chir., 1924, № 35.—11) Завьялов. Нов. Хир. Архив,  
№ 45.—12) Johnston. Z. Org., Bd. XXXVI, Н. 1.—13) Haberer.  
D. Z. f. Chir., Bd. 172.—14) Kunz. Arch. f. klin. Chir., Bd. 140, S.  
419.—15) Kott. Z. Org., Bd. XXXVIII, Н. 3.—16) Мануйлов. Труды  
XV Съезда Росс. Хирургов.—17) Mühsam und Unger. Zbl. f.  
Chir., 1926, № 10.—18) Naumann. Zbl. f. Chir., 1925, № 41.—19)  
Оглоблина. Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 14.—20) Odermott. Z.  
Org., Bd. XXXVII, Н. 2.—21) Петров. Нов. Хир. Арх., № 45.—  
22) Petrivalsky. Z. Org., Bd. XXXIV, Н. 11.—23) Powers.  
Surg., gynec. and obst., v. 40, № 1.—24) Paul. D. Z. f. Chir., Bd.  
172.—25) Скляр. Н. Хир. Архив, № 45.—26) Stohr. Med. Klin.,  
21, № 30.—27) Soderlung. Z. O., Bd. XXXVII, Н. 5.—28) Чугаев.  
Экспр. Хир. Помощь, 1927.—29) Vigiazo. Arch. f. klin. Chir., Bd.  
139.—30) Wildegans. Zbl. f. Chir., 1926. № 10.
-