

УДК 616. 33—002. 44—089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Б. А. ГУЛЕВСКИЙ, Ф. Н. КОПЫЛОВ,
А. Г. СЛЕПУХА, С. Н. НИКУЛЬШИН, В. В. МАРКОВА*

Кафедра общей хирургии СГМИ

Выбор способа операции при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки продолжает оставаться одной из сложных и нерешенных проблем неотложной хирургии. В настоящее время права гражданства имеют все три основных вида операций — ушивание перфоративного отверстия, резекция желудка и ваготомия в сочетании с ушиванием (иссечением) язвы или дренирующей желудка операцией [20, 34]. Между тем показания к применению указанных вмешательств постоянно пересматриваются.

В настоящей работе приводится анализ результатов хирургического лечения перфоративной язвы по материалам клиники общей хирургии Свердловского медицинского института за 10 лет (1977—1986 г.г.). За этот период было оперировано 120 больных. Из них у 19 была перфоративная язва желудка и у 101 — перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. Им выполнялись различные хирургические операции. В последние годы ведущее место в лечении перфоративных язв, вытеснив резекцию желудка, заняли органосохраняющие операции (табл. 1).

Среди оперированных мужчин было 109 (90,8%) и женщин 11 (9,2%). Выбор хирургического вмешательства во многом определялся возрастом больных, который в наших наблюдениях колебался от 15 до 96 лет. В табл. 2 приведена возрастная характеристика больных и характер выполненных операций (СТВ — стволовая ваготомия, СПВ — селективная проксимальная ваготомия).

Таблица 1

Характер операции при лечении перфоративной язвы по годам чел.

Характер операции	Годы					Всего больных
	1977— 1987	1979— 1980	1981— 1982	1983— 1984	1985— 1986	
Резекция желудка	15	4	—	—	—	19
Ушивание язвы	19	14	8	5	1	47
Органосохраняющие операции	—	8	24	15	7	54
Итого:	34	26	32	20	8	120

Таблица 2

Возраст оперированных и характер произведенных операций

Характер операций	Возраст, лет							Всего больных
	до 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	старше 70	
Резекция желудка	—	6	6	6	1	—	—	19
Ушивание язвы	4	17	5	4	7	3	7	47
СТВ	1	8	9	3	5	1	—	27
СПВ	—	6	9	10	2	—	—	27
Итого:	5	37	29	23	15	4	7	120

Из табл. 2 видно, что чаще перфорация осложняла течение язвенного процесса у трудоспособных людей в возрасте от 20 до 60 лет. Этим больным в большинстве случаев стремились производить радикальные операции, направленные на излечение язвенной болезни. У больных старше 60 лет при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний ограничивались ушиванием перфоративного отверстия.

Исходы хирургического лечения перфоративных язв находились в прямой зависимости от времени, прошедшего с момента перфорации до выполнения операции (табл. 3).

Таблица 3

Время операции с момента перфорации и послеоперационная летальность
(в скобках показано число умерших больных)

Время операции с момента перфорации	Виды операций и летальность				Всего больных
	резекция желудка	ушивание язвы	СТВ	СПВ	
До 6 ч	4	13(1)	17	18	52(1)
От 6 до 12 ч	15	16(1)	8	9	48(1)
От 12 до 24 ч	—	11(3)	—	—	11(3)
Свыше 24 ч	—	7(3)	2	—	9(3)
Итого:	19	47(8)	27	27	120(8)

Как видно из табл. 3, резекция желудка проведена 19 больным. Эта операция выполнялась в ранние сроки с момента перфорации (до 12 ч.) и при отсутствии перитонита. Из них 18 больным выполнена резекция желудка по Бильрот-II и одному — по Бильрот-I. Послеоперационные осложнения развились у трех больных: у двух — нагноение операционной раны и у одного — пневмония. Летальных исходов не было.

Ушивание перфоративного отверстия производилось при разлитом гнойном перитоните (у 38 из 47 чел.), у больных пожилого и старческого возраста с наличием сопутствующей патологии, а также у лиц молодого возраста при перфорации «немой язвы». В большинстве случаев использована методика по Оппелю-По-

ликарпову. Послеоперационные осложнения возникли у 16 больных: у двух — несостоятельность швов в области ушивания, у двух — профузное кровотечение из ушитых язв, у двух — кишечная непроходимость, у двух — профузное кровотечение из острых язв желудка, у трех — легочные осложнения и у пяти — нагноение послеоперационной раны. У 6 больных потребовались повторные вмешательства: у одного — произведено повторное ушивание (больной умер), у двух — иссечение язв с СТВ и дренирующими операциями (умер один), у двух — ликвидация кишечной непроходимости (умер один) и у одного — резекция желудка. Из 47 чел. этой группы умерли 8 (17%). Причиной смерти 6 больных был перитонит и двух — острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Ваготомия выполнена 54 больным, в т. ч. 43 — в сочетании с дренирующими операциями (табл. 4).

Таблица 4

Ваготомия в сочетании с дренирующими операциями

Виды ваготомии	Дренирующие операции				Пилоропластика			Всего больных
	антрузэктомия	гастроэнттероанастомоз	дуоденопластика	анастомоз по Джабулю	по Гейлс-ке-Мукичу	по Финнелю	по Джаду	
СТВ	1	2	—	1	10	10	3	27
СПВ	—	—	1	—	7	2	6	16
Итого:	1	—	1	1	17	12	9	43

Столовая ваготомия во всех случаях сочеталась с дренирующими операциями. Одному больному произведена антрузэктомия с анастомозом по Бильрот-II, двум после ушивания язвы наложен гастроэнттероанастомоз. У 24 больных язвы иссечены и применены варианты дренирующих операций. Послеоперационные осложнения возникли у 5 чел.: у одного развился гастростаз в течение трех недель, у одного — пневмония, у двух — нагноение послеоперационной раны и у одного — кишечная непроходимость, по поводу которой произведена релапаротомия. Летальных исходов в этой группе не было.

Селективная проксимальная ваготомия выполнена 27 больным (см. табл. 4). При отсутствии стеноза 11 больным произведена СПВ с ушиванием перфоративного отверстия без дренирующих операций. У 16 больных после иссечения язвы дополнительно выполнялись дренирующие операции. После операции у одного больного возникла пневмония, у другого — кровотечение в брюшную полость, больному произведена релапаротомия и остановка кровотечения. Больной выздоровел.

Из 120 оперированных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки резекция желудка произведена у 19

(15,8%), ушивание язв у 47 (39,2%). СТВ у 27 (22,5%) и СПВ у 27 (22,5%). Послеоперационные осложнения развились у 26 (21,7%) больных. Умерли после операции 8 (6,7%) чел.

Выводы

1. Выбор метода операции при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки зависит от времени, прошедшего с момента перфорации, возраста больных, наличия сопутствующей патологии и от результатов интраоперационной ревизии.

2. При наличии разлитого гнойного перитонита и тяжелом общем состоянии больного объем хирургического вмешательства должен быть минимальным и сводиться к ушиванию перфоративного отверстия.

3. В благоприятных условиях при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки оптимальными вариантами являются ушивание (иссечение) язвы с СТВ и СПВ с дренирующей операцией.

4. При перфорации желудочных язв предпочтение должно быть отдано резекции желудка.

УДК 616. 33—005. 1—002. 44—08

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КРОВОТОЧАЩИМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

В. В. ИВАНОВ, В. П. ПОПОВ, А. В. ЗАПЛУТАНОВ

Кафедра хирургических болезней № 2 СГМИ,
клиническая больница № 27, г Свердловск

Проблема лечения кровоточащих дуоденальных язв заключается в том, что операции приходится выполнять на фоне кровопотери, сочетанных осложнений язвенной болезни, тяжелых сопутствующих заболеваний и выраженных возрастных изменений. Несмотря на постоянное совершенствование медикаментозной терапии и внедрение способов эндоскопической остановки кровотечений, хирургическое вмешательство остается основным при лечении этой тяжелой категории больных. Характерной особенностью urgentных вмешательств при кровотечениях из язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) является и значительный риск. Поэтому представляет интерес применение комплексной медикаментозно-гемостатической терапии, лечебной эндоскопии и ваготомии, как менее травматичной операции по сравнению с резекцией желудка [23, 24]. Большое значение имеет выбор правильной хирургической тактики, срока и объема хирургического вмешательства [25].

В клинике хирургических болезней № 2 за период 1981—1985 гг. находились на лечении 287 больных, поступивших