

(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

с кровоточащими язвами ДПК. У 28 (9,8%) кровотечение проявилось кровавой рвотой и черным дегтеобразным стулом, слабостью, головокружением; у 181 (63,1%) — меленой, слабостью, головокружением, тошнотой; у 78 (27,1%) — появлением в стуле элементов черного кала и слабостью.

После поступления при зондировании желудка у 153 чел. (53,3%) в промывных водах была кровь, причем у 56 — со сгустками, у 134 (46,7%) крови не было. Всем больным с диагностической и лечебной целью сделана очистительная клизма и у всех имелась кровь в каловых массах или мелена.

Для определения степени тяжести кровопотери учитывались клинические данные, показатели красной крови и экстренного определения ОЦК и его компонентов. Легкая степень тяжести кровопотери диагностирована у 92 (32,1%), средняя — у 121 (42,1%), тяжелая — у 74 чел. (25,8%).

Эндоскопическое обследование проведено всем больным после промывания желудка с целью выявления источника и характера кровотечения. У 18 чел. выявлено продолжающееся кровотечение из сосуда в язве двенадцатиперстной кишки (ДПК) в виде пульсирующей струйки алой кровью, у 20 — алая кровь в желудке, поступающая из ДПК, у 18 — кровотечение из-под рыхлого тромба, у 113 — кровотечение с поверхности язвы, у 13 — кровотечение в просвет ДПК без четко видимой язвы, у 79 — тромб в язве, у 18 — тромб в сосудах на дне язвы.

У 47 из 93 больных с продолжающимся кровотечением применение электрокоагуляции, орошения хлорэтилом, клея МК-8 и сочетания этих способов при продолжающемся кровотечении оказались эффективными. У 46 пациентов кровотечение в просвет ДПК остановить не удалось или такая попытка не предпринималась. Это — 18 больных с массивным кровотечением из сосуда; 20 — с наличием большого количества крови в желудке, когда увидеть язву не удавалось; 6 — с кровотечением из-под рыхлого тромба, 2 — с диффузным кровотечением из язвы. Мы нанесли его и больным (97 чел.), у которых кровотечение к моменту эндоскопии прекратилось, целью этой процедуры в этом случае было предупреждение рецидива кровотечения. После эндоскопии пациентам с остановленным и остановившимся кровотечением по показаниям проводилась гемостатическая или заместительная терапия.

Остановленное при поступлении кровотечение возобновилось у 15 больных (10,4%). Сроки рецидива кровотечения: первые трое суток — у 5, на 4—6-е сутки — у 6, на 7—11-е сутки — у 4. Таким образом, наиболее опасным периодом в отношении кровотечения следует считать срок до 6 суток. В этот период необходим постоянный контроль за гемодинамикой, показателями красной крови, ОЦК, за стулом и содержимым желудка.

В экстренном порядке оперирован 61 больной в возрасте от 18

до 86 лет: 46 — с продолжающимся кровотечением из язвы, диагностированным во время эндоскопии, и 15 — с возобновившимся кровотечением на фоне гемостатической и заместительной терапии после лечебной эндоскопии.

Сочетание кровоточащей язвы с пенетрацией в головку поджелудочной железы было у 8 чел., в гепатодуоденальную связку — у 5. Стеноз выходного отдела желудка выявлен у 5, контактные язвы — у 4; локализация язвы на задней стенке — у 25, на передней — у 32. Язвенная ниша до 2 см в диаметре была у 20 оперированных, более 2 см — у 3, у остальных — менее 1 см. Большие язвенные инфильтраты, занимающие половину периметра ДПК, наблюдались у 8 больных. Кровотечение после дуоденотомии в виде пульсирующей струйки из язвы обнаружено у 16 чел., подтекание крови со стенок язвы — у 7, свежая кровь в просвете ДПК — у 38.

Вид ваготомии и характер дренирующих операций приведены в таблице.

Вид ваготомии и характер дренирующих операций

Вид ваготомии	Всего	Иссечение язвы с пилоропластикой по Микуличу Финнею		Прошивание язвы с пилоропластикой по Микуличу Финнею		Умерли
Селективная проксимальная ваготомия (СПВ)	26	7	12	6	1	—
Стволовая ваготомия (СТВ)	35	5	10	13	7	5
Итого:	61	12	22	19	8	5

Стволовую ваготомию мы применяли больным пожилого и старческого возраста в субкомпенсированном состоянии при невосполненной кровопотере, больным с тяжелой сопутствующей патологией, лицам молодого и среднего возраста в декомпенсированном состоянии, больным на фоне большой кровопотери при продолжающемся профузном кровотечении, при грубых анатомических изменениях желудка или ДПК, при выраженных жировых отложениях на внутренних органах. В остальных случаях предпочтение отдавалось селективной проксимальной ваготомии.

При больших язвах, грубых язвенных инфильтратах передней стенки ДПК производили иссечение язвы с пилоропластикой по Финнею. У больных с язвой на задней стенке после прошивания ее задним крестообразным передним параллельным швом операция заканчивалась, как правило, пилоропластикой по Микуличу.

Осложнения в ближайшем периоде наступили у 8 чел., которым по вынужденным показаниям выполнена стволовая ваготомия, из них умерли 5 (несостоятельность швов анастомоза на фоне тяжелой невосполненной кровопотери — 1, рецидив кровотечения из язвы — 1, внутрибрюшинное кровотечение — 1, кровотечение из острой язвы — 1, тромбоз сосудов головного мозга — 1). Послеоперационная летальность составила 8,2%. Обращает на себя внимание, что из 54 пациентов в возрасте до 60 лет после операции умерли 2 (3,7%), в то время как из 7 чел. пожилого и старческого возраста — 3.

Для сравнения приведем данные о результатах лечения больных кровоточащими дуоденальными язвами в период 1975—1979 гг., когда операцией выбора была резекция желудка и в крайне тяжелых случаях — прошивание кровоточащей язвы; всего оперировано 62 чел., из них умерли 10 (16,1%).

Таким образом, внедрение диагностической и лечебной эндоскопии в сочетании с активной хирургической тактикой и различными вариантами ваготомии позволило значительно уменьшить летальность при хирургическом лечении больных с кровотечением из дуоденальной язвы. Опасность рецидива кровотечения из ушной язвы, по нашим данным, невелика, что мы склонны связывать с особенностями применения техники ушивания язв; при выполнении этого этапа особое внимание уделяем сдавлению кровоточащих сосудов лигатурами, проходящими под дном язвы, и ликвидации самого язвенного дефекта, включающей экономное иссечение краев язвы (по показаниям), сопоставление краев дефекта швами и нанесение на швы клея.

У больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией и большой кровопотерей даже минимальный объем радикальной операции (СТВ+пилоропластика) представляет серьезный риск, что требует дальнейшего совершенствования способов лечения больных кровоточащими дуоденальными язвами.

УДК 616.33—005.1—089

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

С. Н. ОРЛОВ, А. А. БУДЕЙНСКИЙ

Кафедра хирургических болезней № 2 И МОЛГМИ

Ю. М. ПАНЦЫРЕВ, В. И. СИДОРЕНКО, В. П. ЛАХТИНА,

В современной литературе постоянно подчеркивается практическая значимость проблемы и сложность решения тактических