

УДК 616.33—002.44+616.342—002.44—089.15

И. Х. ГЕВОРКЯН

О ПУТЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ*

Освещаются вопросы выбора абсолютных и относительных показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, предлагается расширить абсолютные показания при язвенных кровотечениях.

Рекомендуется ряд мероприятий, направленных на профилактику основных осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и дальнейшее снижение летальности при этом заболевании.

За последние годы как в нашей стране, так и за рубежом достигнуты большие успехи в оперативном лечении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Как известно, эта патология является весьма распространенной и сегодня справедливо считается социальной патологией, дающей огромное количество дней временной нетрудоспособности, большую инвалидность и летальность. М. И. Кузин [2] пишет, что в нашей стране «...классические обширные резекции желудка по модификациям способа Бильрот II ежегодно производятся 60 000 больным. Послеоперационная летальность составляет около 4%, а в сельских больницах достигает 6,3%». В руководимой М. И. Кузиным клинике летальность после резекции желудка по модификациям указанного способа достигает 2,8%.

В настоящее время у ряда советских и зарубежных авторов летальность после резекции желудка при язвенной болезни, выполненной по различным модификациям способов Бильрот I и II, практически приближается к нулю. Так, у Б. А. Королева с соавт. [8] она составляет 0,6, у И. К. Пипия [5]—1,1, Ф. Мандаше [9]—0, А. Бидулеско [7]—0,5%. Однако столь низкий процент послеоперационной летальности наблюдается при оперативном лечении хронических неосложненных язв желудка и 12-перстной кишки. При осложненных же язвах этот процент увеличивается от 3 до 5 раз и более. Так, если при плановых оперативных вмешательствах летальность при хронических язвах желудка и 12-перстной кишки составляет 1,6%, то при резекции желудка при перфоративных язвах—6,1%, а при кровоточащих язвах [11]—10,7%. По данным Р. Ценкер и Ф. Руеф [12], летальность при резекции желудка, выполненная при неосложненных язвах, составляет 3,0%, а при осложненных язвах увеличивается в три раза и достигает уже 9,0%. По данным И. К. Пипия и А. Л. Курджикидзе [5], летальность при резекции

* Доложено на V конференции хирургов Армянской ССР 22/II 1974.

желудка по поводу неосложненных хронических язв составляет 1,1%, а при резекции желудка при кровоточащих язвах достигает 6,8%, т. е. увеличивается более чем в 6 раз.

Таким образом, резекция желудка при осложненных язвах желудка и 12-перстной кишки, к сожалению, еще дает высокую послеоперационную летальность, показатели которой (в абсолютных цифрах) ежегодно составляют несколько тысяч потерянных жизней в наиболее трудоспособном возрасте. В связи с этим мы поставили перед собой задачу—разработать пути профилактики основных осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с целью дальнейшего снижения послеоперационной летальности.

К сожалению, процент поступающих в хирургические стационары республики больных с осложненными язвами желудка и 12-перстной кишки продолжает оставаться весьма высоким. В докладе, прочитанном на VII конференции хирургов Северного Кавказа на тему «К некоторым вопросам техники резекции желудка», были проанализированы результаты резекций желудка, выполненных в нашей клинике у 300 больных [1], в число которых не входили лица с прободением и кровотечением язвенной болезни. Из указанных 300 больных у 117 имелось органическое сужение привратника (39,0%), у 87—пенетрация язвы в соседние органы (29,0%), у 28 озлокачествление язвы (9,0%) и т. д.

За прошедшие 10 лет число больных, поступающих в клинику с осложненными язвами, продолжает оставаться на высоких цифрах.

Какие же пути можно наметить для профилактики основных осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки? Мы предлагаем следующее.

1. Дальнейшие совместные исследования хирургов и терапевтов по ряду практических и научных вопросов, связанных с лечением язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Необходимо расширить и укрепить принципы преемственности и последовательности в комплексном лечении больных с этой патологией, внести определенную ответственность за своевременную передачу хирургам больных с язвенной болезнью. Ведь и сегодня имеется много больных с хроническими осложненными язвами желудка и 12-перстной кишки, которые, несмотря на эти осложнения (органическое сужение привратника, пенетрация в соседние органы, каллезные язвы и др.), продолжают принимать консервативное лечение, преимущественно у терапевтов. Многие из них попадают в хирургическое отделение в тяжелом состоянии, когда оперативное лечение чревато большими осложнениями и менее благоприятным исходом. В интересах больных следует, как правило, передавать под наблюдение хирургов все лица, страдающие хроническими язвами желудка и 12-перстной кишки.

2. Необходимо поднять на должную высоту диспансерное наблюдение за больными, страдающими хронической язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Во всех звеньях хирургической службы нашей республики эта работа должна быть поставлена на научную основу и выполняться планомерно, систематически и целенаправленно.

Следует чаще прибегать к рентгеновскому контролю желудочно-кишечного тракта, чаще госпитализировать больных для стационарного обследования, чтобы вовремя выявить предвестники возможных осложнений и организовать лечение. Мы считаем, что при всех обострениях язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки больные должны госпитализироваться, лучше в хирургическом стационаре.

3. Большое внимание следует уделять вопросам профилактики обострений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, во время которых чаще возникают различные осложнения. В этом отношении, как известно, огромное значение имеет правильная организация образа жизни, рациональное питание, отказ от курения и алкогольных напитков, предотвращение чрезмерных нервных раздражений. Большое профилактическое значение имеет периодическое санаторное лечение больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Богатые курортные ресурсы нашей страны, к сожалению, еще мало используются для планового лечения больных с этой патологией.

4. Значительную роль в снижении летальности при осложненных формах язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки призван сыграть фактор времени—своевременное распознавание этих осложнений и вовремя организованная госпитализация. Поэтому необходимо, чтобы врачи всех звеньев медицинской службы, в частности участковые, врачи сельских врачебных участков, районных амбулаторий и поликлиник хорошо знали симптоматику основных осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, правильно их диагностировали и вовремя направляли на стационарное лечение в хирургические отделения больницы.

Для ранней госпитализации больных с различными осложнениями язвенной болезни важное значение имеет также санитарная культура населения. Необходимо, чтобы каждый больной, страдающий этой патологией, знал о ее возможных осложнениях и своевременно обращался за медицинской помощью. В этом вопросе большие задачи возлагаются на медицинских работников, в частности сельских врачебных участков, которые должны расширить объем и содержание санитарно-просветительной работы среди населения.

5. Как известно, основными осложнениями язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки являются: прободение язвы, ее озлокачествление, кровотечение, органическое сужение привратника и пенетрация язвы в соседние органы и ткани. В литературе существует мнение, что показания к оперативному лечению язвенной болезни следует делить на абсолютные и относительные. Абсолютными показаниями принято считать: прободение язвы, ее озлокачествление и органическое сужение привратника. Нам кажется, что эти показания следует расширить и включить в их число профузные кровотечения язвенного происхождения, так как это грозное осложнение язвенной болезни является причиной наиболее высокой летальности. Наряду с общеизвестными источниками кровотечения при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки может возникнуть в результате пенетрации язвы в крупные сосуды,

расположенные вне желудка и 12-перстной кишки. Так, мы наблюдали мужчину 32 лет, у которого язва луковицы 12-перстной кишки пенетрировала в воротную вену и сопровождалась острым профузным кровотечением. Естественно, в таких случаях только раннее оперативное вмешательство может спасти жизнь больного.

Вопрос о желудочно-кишечных кровотечениях язвенного происхождения явился предметом обсуждения IX пленума Правления всесоюзного общества хирургов, который имел место в ноябре 1966 г. в г. Тбилиси. Пленум по этому вопросу вынес решение: «При всяком желудочно-кишечном кровотечении лечение нужно начинать с консервативных методов, но сроки их применения должны быть ограничены. В угрожающих случаях язвенных кровотечений, тем более при повторных кровотечениях, при отсутствии эффекта консервативных мер необходимо производить экстренную операцию в течение первых двух суток (резекция) при одновременном переливании больших доз (1—1,5 литра) крови больным, у которых консервативными мероприятиями удалось остановить кровотечение из язвы желудка и 12-перстной кишки. Они должны быть оперированы после подготовки в стационаре в сроки, необходимые для улучшения их состояния, уменьшения анемии (2—3 недели)» [6]. В этом решении четко указано, что больные с язвенным кровотечением, в особенности с рецидивирующим кровотечением, даже после остановки последнего консервативными методами, должны подвергнуться оперативному лечению после соответствующей подготовки. Операция в этих случаях не только спасает жизнь больных, но и излечивает от язвенной болезни. К сожалению, после остановки кровотечения консервативными методами часто не удается удержать больного в стационаре для последующего оперативного лечения. В этом вопросе мы должны быть принципиальными и строго выполнять решения IX пленума Правления всесоюзного общества хирургов.

Необходимо также пересмотреть тактику и показания к оперативному лечению больных с хроническими язвами желудка, в частности, у лиц старше 50 лет. Сегодня является общепризнанным фактом возможность озлокачествления хронических язв желудка, причем процент ракового перерождения достигает высоких цифр. Так, гистологические исследования Е. В. Лоскутовой [3] 561 случая язвы желудка выявили раковое перерождение в 15,8%. А. В. Мельников [4] считал, что озлокачествление хронических язв желудка наблюдается в 23,0%. Эти данные говорят сами за себя. Необходимо расширить показания к оперативному лечению больных с хроническими язвами желудка, длительное консервативное лечение которых не приводит к излечению. У этих больных, в особенности пожилых, угроза различных осложнений, в частности озлокачествления язвы, всегда остается весьма реальной, и поэтому своевременное оперативное лечение явится лучшей профилактикой этих осложнений.

Таким образом, профилактика осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, а следовательно, и снижение летальности у

больных с этой патологией является весьма актуальной задачей, важной как для хирургов, так и терапевтов.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступила 12/III 1974 г.

Ի. Բ. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

ՍՍՍՄՈՔՍԻ ԵՎ 12 ՄԱՏՅԱ ԱՂԱԽՈՑԱՑԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ
ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆԱԽԱԿԱՆԵՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Չնայած ստամոքսի և 12 մատյա աղու խոցային հիվանդության օպերատիվ բուժման բնագավառում ձեռք բերված հաջողություններին, մահացությունը այս հիվանդության բարդացված ձևերի ժամանակ դեռ մնում է բարձր: Հանրապետության վիրաբուժական ստացիոնարները դեռ շարունակվում են ընդունվել մեծ քանակությամբ հիվանդներ այս հիվանդության բարդացված ձևերով:

Հորվածում լուսաբանվում են ստամոքսի և 12 մատյա աղու խոցային հիվանդության օպերատիվ բուժման բացարձակ և հարաբերական ցուցմունքները. առաջարկվում է լայնացնել բացարձակ ցուցմունքները խոցային արյունահոսության ժամանակ:

Հեղինակի կողմից առաջարկվում է մի խումբ միջոցառումներ, խոցային հիվանդության բարդությունները նախականելու և մահացության տոկոսը այս հիվանդության օպերատիվ բուժման ժամանակ իջեցնելու համար:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Геворкян И. Х., Мирза-Авакян Г. Л. В кн.: Хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Ставрополь, 1968, стр. 8.
2. Кузин М. И., Постолов П. М., Чистова М. А., Чистов Л. В. Хирургия, 1973, 9, стр. 58.
3. Лоскутова Е. В. Тезисы докл. на юбилейной научной сессии Ин-та им. Н. В. Склифосовского. М., 1960, стр. 8.
4. Мельников А. В. Вестн. хир., 1954, 2, стр. 5.
5. Пипия И. К. и Курцикидзе А. Л. В кн.: Тр. IX пленума Правления всесоюзного общества хирургов. Тбилиси, 1969, стр. 126.
6. Решения IX пленума Правления всесоюзного общества хирургов по проблеме: желудочно-кишечные кровотечения. В кн.: Труды IX пленума Правления всесоюзного общества хирургов. Тбилиси, 1969, стр. 262.
7. Bidulesco A., Tiganus I., Popovici C. et Bidulesco I. Vingt-deuxième congrès de la Société internationale de chirurgie, 1967, Bruxelles, 497.
8. Korolyov B. A., Sumin V. V. a. Simonovitch. Там же, 447.
9. Mandache F., Prodescu V., Constantinescu S., Gilorteanu M., Vasillu M. et Popescu M. Там же, 338.
10. Pipia I. K. Там же, 342.
11. Stojanovic V. K. Там же, 236.
12. Zenker R. und Rueff F. Там же, 258.