

Более высоким в I группе оказался процент больных с неосложненным течением ОИМ — 49,6% (в контрольных группах 30,0% и 26,9%), имеющим высокую достоверность в сравнении с II — ($P < 0,05$) и приближенным к достоверности со II.

В первые сутки ОИМ назначение наркотических препаратов было необходимо примерно одинаковому проценту больных во всех трех группах (соответственно 59,2%, 63,3% и 60,1%). После одного сеанса внутривенной лазерной терапии, ввиду купирования боли, наркотики были отменены у 37,7% больных, а после второго сеанса еще у 18,3%. После третьего сеанса ВЛТ в назначении наркотиков нуждались только 3,2% больных. По сравнению с контрольными группами потребность больных этой группы в наркотических препаратах на третьи сутки ОИМ была статистически достоверно ниже (27,7% и 23,7% соответственно).

Быстрое и стойкое купирование болевого синдрома, более благоприятное течение ИМ в какой-то мере способствовали стабилизации перфузии в перинфарктной зоне и способствовал снижению частоты рецидивов.

У больных основной группы частота рецидивов ИМ составила 2,2%. Аналогичные данные (2,4—4,2%) приводятся и в исследованиях И.М. Корочкина с соавт. (1989), В.П. Казначеева с соавт. (1989). В контрольных группах это осложнение встречалось достоверно чаще: во II — у 16,7% и в III у 14,0% больных.

Таким образом, внутривенная лазеротерапия может служить одним из способов профилактики рецидивирующего течения инфаркта миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гваута Н.А., Сиренко Ю.Н., Малиновская И.Э., Толстомятов С.М. Лазерное облучение крови в лечении больных с острыми нарушениями коронарного кровообращения // Тезисы международного симпозиума по лазерной хирургии и медицине. — Самарканд, 1988. — С. 12—14.
2. Казначеев В.П., Попов К.В., Куимов А.Д., Куликов В.Ю. Опыт внутривенного воздействия гелий-неонового лазера в лечении ИБС // Там же. — С. 16—18.
3. Китнидзе Н.Н., Чапидзе Г.Э., Бокуа М.Р. и др. Лечение ишемической болезни сердца гелий-неоновым лазером. Тбилиси, 1987. — 13 с.
4. Корочкин И.М., Иоселиани Д.Г., Беркибаев С.Ф. и др. Лечение острого инфаркта миокарда внутривенным облучением крови гелий-неоновым лазером // Советская медицина. — 1987. — № 4. — С. 25—29.
5. Корочкин И.М., Карталишев А.В., Лешаков С.Ю. и др. Клинико-патохимическое обоснование у больных ишемической болезнью сердца при лечении гелий-неоновым лазером // Кардиология. — 1988. — № 8. — С. 72—75.
6. Куимов А.Д., Попов К.В., Маянская С.Д., Потерлева О.Н. Лазерная терапия при ИБС: достижения и проблемы // В кн: Коронарная болезнь сердца. — Красноярск, 1989. — С. 76—81.
7. Латфуллин И.А., Свиридкина Л.П., Аглуллина Э.И., Валеев Л.З. Некоторые механизмы влияния лазерной терапии на течение острого инфаркта миокарда // Тезисы международного симпозиума по лазерной хирургии и медицине. — Самарканд, 1988. — С. 25—26.
8. Попов Ю.А., Кукуй Л.М., Сорокина О.Г. Применение лазерного экстракорпорального облучения крови при лечении хронической ИБС и острого инфаркта миокарда. // Там же. — С. 26—27.
9. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. — М.: Медицина, 1991. — 278 с.

SUMMARY

Recurrence frequency of acute myocardial infarction was studied in three groups of patients: in the first group ($p=93$) intravenous laser therapy was carried out daily, during 5—6 treatment sessions with the total dose of radiation of the red spectrum 0.976 J. Patients of the second group ($p=30$) got systemic thrombolysis with avelisinum, celiase, streptodecase according to the standard patterns of high or middle tempo of injections. In the third group ($p=50$) the traditional treatment was carried out (nitrates, beta adrenoblockers, Ca antagonists) which was taken as a basis treatment in other groups.

Among the patients of the first group the recurrence frequency was 2.2% versus 16.7% and 14% in the second and third groups respectively, what proves possibility of myocardial infarction recurrence prophylaxis by the method of intravenous laser therapy.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1995

УДК 616.33/342—002.44—001.5—089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Реут А.А., Ушаков А.С., Булыгин В.Я., Владимиров Э.В.

(Иркутский медицинский институт — ректор академик А.А. Майборода,
кафедра факультетской хирургии — зав.каф.проф. А.А. Реут)

Резюме. В клинике 109 больным произведены различные оперативные вмешательства по поводу перфоративных пилорoduоденальных язв. Ушивание перфоративной язвы — 64 больным, резекция желудка — 16, селективная проксимальная ваготомия (СПВ) с ушиванием язвы — 5, СПВ с иссечением язвы и пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу — 10, СПВ с иссечением язвы и пилороукрепляющей операцией по Витебскому — 8 пациентам и с дуоденопластикой — 6. Операцией выбора при прободной язве пилорoduоденальной зоны является первично радикальная, наиболее выгодной в функциональном плане при этом является СПВ с пилороукрепляющей операцией. 98 пациентов оперировано по поводу рецидива язвенной болезни после ушивания прободной язвы в анамнезе. Наряду с традиционно применяемыми резекционными способами у данной категории больных с успехом применены различные виды ваготомий.

Лечение перфоративных гастрoduоденальных язв продолжает оставаться актуальной проблемой оперативной гастроэнтерологии. Только оперативное вмешательство позволяет спасти жизнь этим больным. Однако послеоперационная летальность при этом до настоящего времени не имеет тенденции к снижению и составляет 18 — 24% [1, 4].

Наблюдение за пациентами, перенесшими ушивание перфоративной пилорoduоденальной язвы, позволило установить, что в отдаленном периоде у 60—70% возникает рецидив язвенной болезни, который в 6—44% сопровождается развитием повторных осложнений, что в

ряде случаев требует проведения экстренных операций и повышает послеоперационную летальность [2, 3].

Целью наших исследований явилось изучение возможностей более широкого применения первично-радикальных операций при перфорации язв пилородуоденальной зоны и ваготомии при рецидивной язвенной болезни после ушивания перфорации.

Методы и материалы

В клинике факультетской хирургии Иркутского медицинского института 109 больным произведены различные оперативные вмешательства по поводу перфоративных пилородуоденальных язв. 98 пациентов оперированы по поводу рецидива язвенной болезни после ушивания прободной язвы в анамнезе. Среди оперированных больных лица женского пола составили 24 (11,6%) и мужского — 183 (88,4%).

Средний возраст в группе больных с перфоративной язвой составил у мужчин $34,6 \pm 6,9$, у женщин $56,4 \pm 9,7$, среди повторно оперированных больных соответственно $35,9 \pm 6,6$ и $45,4 \pm 6,5$ года. Подавляющее большинство больных имели длительный язвенный анамнез, в 54% случаев он был более 3-х лет.

У 29,3% больных, оперированных с прободной язвой, наблюдалось сочетание осложнений: перфорация-кровотечение — 3,7% перфорация-пенетрация — 0,9%, перфорация-стеноз — 2,8%. Повторная перфорация произошла у 4 (3,7%) больных. В группе повторно оперированных больных осложнения отмечены у 58,2% человек, наиболее частым из них был стеноз (43,4%). «Немые» язвы у больных, оперированных по поводу перфорации, отмечены в 19,3% случаев, процент рецидива язвенной болезни у этих пациентов по нашим данным составил 18,4%.

Всем больным проводилось комплексное клиническое обследование, включавшее в себя следующие методы: рентгенологические, эндоскопические, функциональные (изучение секреторной функции желудка аспирационно-фракционным способом и пристеночной внутрижелудочной pH-метрией), иммунологические, биохимические и клинические. Применялась методика анкетирования больных. Все полученные данные обработаны методами математической статистики.

Результаты и обсуждение

Характер оперативных вмешательств у больных с перфоративной язвой был следующим: ушивание произведено у 64 пациентов, резекция желудка — 16 и ваготомия — 29 (табл. 1).

Время, прошедшее с момента прободения до госпитализации в хирургическое отделение, у большинства больных составило до 6 часов — 63 человека, в период от 6 до 12 часов — 20 и свыше 12 часов — 18.

Следует отметить, что до 1985 года практически в 100% проводилось ушивание перфора-

ции. В последующие годы в клинике изменился подход к данной патологии в сторону первично-радикальных операций, так из 49 оперированных в этот период они выполнены у 35, что составило 71,4%. Внедрение активной тактики хирургического лечения больных с прободной пилородуоденальной язвой отразилось на количестве повторных оперативных вмешательств с незажившей или рецидивной язвой после ушивания и снизило их до минимальных цифр.

В то же время мы придерживаемся мнения об ушивании перфоративных язв у лиц молодого возраста с так называемыми «немymi» язвами. Так, из 8 больных моложе 20 лет ушивание выполнено у 5, наблюдение за ними в течение 5 лет не выявило рецидива заболевания (табл. 1).

Общая летальность при прободной язве пилородуоденальной зоны составила 7,2%, причем в группе больных, перенесших ваготомию как первично-радикальную операцию, летальных исходов не было.

Преимущество ваготомии подтверждают отдаленные результаты. Так, по шкале Visic хорошие исходы после нее получены у 88,5%, удовлетворительные — у 7,7% и неудовлетворительные — 3,8% обследованных, соответственно после первичной резекции желудка 37,5%, 25%, 37,5%.

В функциональном плане (учитывая стойкое снижение кислотообразующей функции, отсутствие дуоденогастральной рефлюкса, функциональную состоятельность привратника) более выгодна селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и пилороукрепляющей операцией по Витебскому.

Таблица № 1

Объем и исходы оперативных вмешательств при прободной пилородуоденальной язве

Объем операции	Кол-во больных	Выписано		Умерло	
		Абс.	%	Абс.	%
Ушивание язвы	64	58	90,6	6	9,4
Резекция желудка:					
Бильрот-1	8	7		1	
Гофмейстер-Финстерер	1	1			
Бальфур	7	6		1	
Ваготомия:					
СПВ+рассечение связки					
Трейца+ушивание язвы	5	5			
+иссечение язвы с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу	10	10			
+иссечение язвы с дуоденопластикой	6	6			
+иссечение язвы с пилороукрепляющей операцией по Витебскому	8	8			
Всего больных:	109	101	92,7	8	9,4

Противопоказаниями к выполнению первично радикальной СПВ в сочетании с иссечением язвы и пилороукрепляющей операцией считаем только: 1. сроки с момента перфорации, превышающие 12 часов, исключая прикритую перфорацию; 2. отсутствие язвенного анамнеза у лиц молодого возраста (перфорация «немых язв»)

После ушивания прободной пилородуоденальной язвы в анамнезе прооперировано 98 больных. Резекция желудка выполнена 55 и

ваготомия — 45 пациентам. Объем оперативных вмешательств представлен в таблицах № 2 и № 3.

Таблица № 2

Объем оперативных вмешательств у больных, перенесших резекцию желудка по поводу рецидива язвенной болезни после ушивания прободения

Способ резекции	Кол-во больных	Успешные
Бильрот — I + рассечение связки Трейца	4	
Бильрот — II + рассечение связки Трейца: по Гофмейстеру-Финстереру с продольным гастроэнтероанастомозом	11	
по Витебскому с поперечным гастроэнтероанастомозом	10	
по Бальфуру	28	2
по Ру	2	
Всего больных:	55	2

Послеоперационные осложнения после резекции желудка отмечены у 10 больных, из них анастомозит — 5, несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки — 2, кровотечения из культи желудка — 1 и нагноение послеоперационных швов — 2. Летальность составила 3,8% (двое больных).

Отдаленные результаты прослежены у 46 человек. Отличные и хорошие отмечены у 25 (54,3%), удовлетворительные — 13 (28,2%) и неудовлетворительные — 8 (17,5%) пациентов.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде у больных, перенесших ваготомию по поводу рецидива язвенной болезни после ушивания, имелись всего у 6 (13,3%) пациентов, из них двухсторонняя пневмония — 1, анастомозит — 3, гипотония желудка — 2. После консервативного лечения все выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты оценены в среднем через $2,64 \pm 0,21$ года.

Наиболее плохими они были в группе больных после СПВ с дренирующими операциями. Неудовлетворительные результаты получены у 50% обследованных, что в ряде случаев потребовало оперативного вмешательства.

Таблица № 3

Объем оперативных вмешательств при ваготомии с рецидивом язвенной болезни после ушивания прободения

Основные	СПВ + рассечение связки Трейца		Стволовая + рассечение ваготомии связки Трейца
Дополнительные	без иссечения язвы	с иссечением язвы	
Антрумэктомия: по Гофмейстеру-Финстереру			1
по Витебскому			2
Дренирующая: по Гейнеке-Микуличу		6	
по Жабудю	2		
Задний гастроэнтероанастомоз	1		
Без дренирующей	9	6	
Пилорорукрепляющая	9	6	
в том числе: Поперечный антиперистальтический дуоденоэнтероанастомоз	1		
Внеслизистая пилоропластика	2		
Всего операций:	24	18	3

В группе пациентов после изолированной СПВ с иссечением или без иссечения язвы различные и хорошие результаты были отмечены у 73,9%, удовлетворительные — 12,5% и неудовлетворительные — 12,5%. После СПВ с пилорорукрепляющими операциями все пациенты практически здоровы.

Таким образом, полученные результаты хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв свидетельствуют о возможности более широкого применения СПВ с пилорорукрепляющими операциями в качестве первично-радикального вмешательства, что, в свою очередь, будет способствовать уменьшению количества больных, нуждающихся в повторных операциях.

Только активное ведение больных после ушивания прободной язвы пилородуоденальной зоны, их диспансерное наблюдение с использованием анкетирования после первичной операции и своевременное оперативное лечение рецидивной язвенной болезни до развития осложнений со стороны язвы позволит значительно улучшить результаты хирургического лечения данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белый И.С., Вахтангишвили Р.Ш., Ваготомия при прободных пилородуоденальных язвах. — Киев, 1984.
2. Новиков К.В., Мовчан К.Н., Осипенко Б.Ф. // Клин.хир.— 1991. — № 5. — С. 46—49.
3. Пеев Б.И. Органосохраняющие операции у больных с перфоративными пилородуоденальными язвами: Дисс... д-ра мед.наук. — М., 1991. — 187 с.
4. Хасанов А.Г., Резбаев А.Н., Сендерович Е.И. // Клин.хир.— 1991. — № 4. — С. 15—18.

SUMMARY

In the hospital 109 patients were operated in connection with perforated pyloroduodenal ulcers, resection of perforated ulcers—64, resection of stomach—16, selective proximal vagotomy (SPV) with resection of ulcer—5, SPV with excision of ulcer and pyloroplasty by Teinex-Miculich—10, SPV with excision of ulcer and duodenoplasty—6, SPV with excision of ulcer and pylorofixing operation—8.

Authors consider the best operation with excision of ulcer of pyloroduodenal area is first-radical vagotomy of resection of stomach. SPV with pylorofixing operation is the most profitable operation in the functional plan.

98 patients were operated in connection with recidivation of ulcer disease of stomach after resection of perforated ulcer in anamnesis.

Along with usual methods of operation of stomach, at this category of patients various kinds of vagotomy were used.