

О ЛЕЧЕНИИ ПРОФУЗНЫХ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯ

И. Б. Олешкевич, А. П. Лебедев, М. Н. Хомченко
(М и н с к)

За последние 22 года мы наблюдали 241 больного с профузным кровотечением из желудка и двенадцатиперстной кишки. Этим больным клинически был поставлен диагноз язвенного кровотечения. Мужчин было 201, женщин — 40. Возраст больных — от 12 до 60 лет и старше.

У всех больных с кровотечением лечение мы начинали с проведения консервативных мероприятий. Одновременно с помощью клинических, лабораторных и рентгенологических методов исследования выявляли причину кровотечения. При безуспешности

интенсивной консервативной терапии и нарастании симптомов гастро-дуоденального кровотечения прибегали к хирургическому лечению. Из 241 больного оперирован 191. Резекция желудка на высоте кровотечения произведена 146 больным, прошивание язвы и перевязка регионарных магистральных артерий на протяжении — 14, ушивание кровоточащей прободной язвы — 12, ушивание язвы с последующим наложением гастроэнтероанастомоза — одному больному, оментогепатофреникопексия — 4 больным с атрофическим циррозом печени; у 14 больных источник кровотечения не был установлен. Таким образом, ошибочный предоперационный диагноз был поставлен 18 больным (9,4%). Кроме того, у 15 больных профузное кровотечение оказалось следствием эрозивного и у 5 — геморрагического гастрита.

У 80 оперированных больных язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке или занимала пилорoduоденальную зону. Язва малой кривизны, передней и задней стенки желудка обнаружена у 60 больных, пептическая язва гастроэнтероанастомоза — у 3, множественные язвы — у 10 больных. У 99 больных из 153 оперированных (64,7%) язвы были каллезными с пенетрацией и выраженным перигастритом, перидуоденитом, перивисцеритом. У 12 из них отмечался стеноз привратника, у 10 — значительная деформация желудка в виде улиткообразного или двухполостного. У 54 больных кровотечения сочетались с перфорацией язвы.

Из 191 больного, которым кровотечение было остановлено хирургическим методом, умерло 35 (18,3%).

Ушивание кровоточащей язвы при перфорации даже при одновременном прошивании кровоточащих сосудов в язве не является надежным методом остановки кровотечения. У 12 наших больных, которым была произведена такая операция, кровотечение повторилось. Смертельные исходы наблюдались в 8 случаях.

Резекция для исключения тоже дала плохие результаты. На 6 таких операций у 3 больных отмечалось повторное профузное кровотечение из оставленной язвы. Всех троих больных пришлось оперировать на высоте геморрагии повторно. Только после радикальной операции (резекция ранее оставленной культи вместе с кровоточащей язвой) эти больные выздоровели. После радикальной операции (резекция желудка с ликвидацией язвы) 121 человек считается практически здоровым.

При консервативном лечении из 50 больных умерли 13 (26,0%). У всех умерших на аутопсии обнаружены каллезные язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. У 6 из них были язвы, сопровождавшиеся кровотечением и прободением, а у 2 определены язвы желудка, перешедшие в рак.

У 37 больных, выписанных из стационара после остановки кровотечения, последнее повторилось через разные промежутки времени: у 13 человек — один раз, у 10 — два раза, у 4 — три раза и больше. Из них 13 больных умерло. Все они были в возрасте старше 50 лет.

Наблюдения показывают, что профузные гастро-дуоденальные кровотечения возникают у больных с каллезными пенетрирующими язвами двенадцатиперстной кишки или желудка, локализующимися ближе к месту расположения поджелудочно-двенадцатиперстной или левой желудочной артерии. При такой локализации язв возможность остановить кровотечение с помощью консервативных мероприятий не очень велика. Только экстренная резекция желудка, предпринятая не позже чем через 48 часов от начала геморрагии, с адекватным возмещением кровопотери может спасти больного.

Резкое снижение пластических свойств тканей у анемизированных больных, локализация язв, тяжесть и обширность язвенного поражения органа заставляют хирургов отказаться от казалось бы легко выполнимой резекции желудка в модификации Бильрот I и отдать предпочтение модификации Финстерера. Экономная (дозированная) резекция желудка по второму варианту Бильрот в хирургическом лечении язвенной болезни считается операцией выбора и закономерно стала наиболее распространенной при профузных язвенных кровотечениях.