

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ПРОФУЗНЫХ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*И. Б. Олешкевич, М. Н. Хомченко,
Н. П. Батян, Г. К. Денисовский (М и н с к)*

При лечении больных с профузными гастро-дуоденальными кровотечениями любой этнологии у нас выработалась определенная тактика, которая значительно облегчает работу хирурга. Рекомендации по этому поводу необходимы потому, что среди хирургов нет единой точки зрения, как лучше лечить таких больных на высоте кровотечения — консервативно или прибегать к срочной операции.

Наш опыт показывает, что больных с профузными язвенными кровотечениями, особенно повторными, нужно оперировать на высоте кровотечения, разумеется, после выведения больного из состояния острой анемии. Лучшей операцией является резекция желудка, которая не только надежно останавливает кровотечение, но и излечивает язвенную болезнь. Пожилой и старческий

возраст больных не является противопоказанием к операции. Исключением являются молодые больные, поступающие с первым кровотечением на почве кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки; при повторных кровотечениях этих больных также следует оперировать. При кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки, пенетрирующих в головку поджелудочной железы, кровоточащий сосуд должен быть прошит и перевязан со стороны просвета кишки или путем дуоденотомии. После этого из передней и боковых стенок двенадцатиперстной кишки создается хобот, которым тампонируется дно кровоточащей язвы; хобот несколькими шелковыми швами подшивается к краям язвы.

Совершенно другой тактики приходится придерживаться при профузных гастро-дуоденальных кровотечениях невыясненной этиологии. Этим больным мы проводим полный курс гемостатических лечебных мероприятий. У большей части больных кровотечение останавливается, что определяется по общему их виду, частоте пульса и артериальному давлению. Через 4—5 часов после остановки кровотечения больные подвергаются рентгенологическому исследованию желудка с контрастным веществом. При выявлении язвы эти больные также оперируются.

Больные, у которых кровотечение не остановилось и которые имеют отрицательные данные рентгенологического исследования, лечатся консервативно. Кроме гемостатических средств, им назначается питание по Мейленграхту — с 8 часов утра до 8 часов вечера 6 кормлений. Расписание кормлений составляет лечащий врач с использованием сначала стола Ia и Ib, а затем I стола по Певзнеру. В это время исключается кровотечение на почве заболеваний крови, отравлений и пр. После исключения этого рода заболеваний и при неостановившемся кровотечении больным назначаются массивные дозы (1500—2000 мл) свежей цитратной крови, вводимой внутривенно капельным способом. Если и это не останавливает кровотечение, больные подвергаются операции. При обнаружении язвы производится резекция желудка, при кровотечении из расширенных вен желудка, что устанавливается с помощью гастротомии, производится прошивание их и т. д. Если источник кровотечения не выявлен, перевязывают приводящие к желудку сосуды и обязательно левую желудочную артерию.

Такой тактикой мы пользуемся длительное время, она на практике себя оправдала и может быть рекомендована широким кругам хирургов.