

**ПРОФУЗНЫЕ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫЕ  
КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ**

***И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ, М. Н. ХОМЧЕНКО (Минск)***

Настоящий материал базируется на изучении литературных данных и опыта лечения 304 больных с гастро-дуоденальными кровотечениями различной этиологии. У 242 больных (20,2% по

отношению к общему числу язвенных больных) профузное кровотечение было язвенного происхождения. По литературным данным, частота профузных язвенных кровотечений колеблется от 12 до 25%. Поскольку профузным гастро-дуоденальным кровотечением свойственны признаки, характерные для острой кровопотери, вкратце и остановимся на патологии острой кровопотери.

При острой кровопотере развивается острая недостаточность кровообращения, ведущая к кислородному голоданию. У больного сначала отмечаются возбуждение, учащение сердцебиения, дыхания. Затем наблюдаются их угнетение, снижение артериального давления, головокружение, потемнение в глазах, потеря сознания, нарушение окислительных процессов (сначала развивается алкалоз, затем — ацидоз), понижение функции секреторных органов, отключение функции коры головного мозга, почек, печени, после чего возникает терминальное состояние. Смерть наступает от паралича дыхательного центра. Сердце останавливается одновременно или некоторое время спустя.

Кровотечению способствуют следующие факторы: 1) повышение артериального и венозного давлений; 2) нарушение свертываемости крови (гемофилия, холемия, ахолия, сепсис, болезни крови, отравления фосфором, бензолом); 3) атеросклероз.

К компенсаторным механизмам относятся: 1) сужение периферических сосудов и расширение сосудов, снабжающих кровью мозг; 2) поступление в кровеносные сосуды из тканей жидкости, электролитов и белков; 3) мобилизация крови из кровяных депо — портальной системы; 4) усиление функции кроветворных органов. После потери 25% крови ее объем восстанавливается через 30 мин., потеря 40% крови — через 120 мин. Медленная потеря крови в пределах 15% благодаря компенсаторным механизмам протекает без видимых признаков нарушения кровообращения.

В. Р. Брайцев и С. И. Спасокукоцкий считали опасной для жизни потерю  $\frac{4}{5}$  всей крови, В. Н. Шапов — 40%, П. А. Герцен — половину объема крови или несколько больше. Опасность кровопотери зависит от возраста, пола, тренировки сердечно-сосудистой системы, быстроты кровопотери. Дети и мужчины хуже переносят кровопотерю, чем женщины. Медленная потеря крови переносится легче, чем быстрая потеря такого же объема. Однако бороться с острой кровопотерей при наличии запасов крови легче, чем при анемии, развившейся в результате медленного, но постоянного кровотечения. Объясняется это тем, что при хронической анемии нарушается функция кроветворных органов.

Гастро-дуоденальное кровотечение язвенной этиологии дол-

жно быть дифференцировано от такового на почве других заболеваний. К последним относятся: 1) носовое кровотечение; 2) легочное кровотечение; 3) кровотечение на почве геморрагического гастрита и из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (цирроз печени); 4) кровотечение при раке и полипах; 5) кровотечение при узуре аорты; 6) кровотечение при болезнях крови (болезнь Верльгофа, болезнь Шенлейн — Геноха, гемофилия, лейкозы, узелковый периаартериит, отравления). Эта сложная и ответственная работа может быть выполнена только при соблюдении определенной системы, о чем будет сказано ниже. Здесь же отметим, что у мужчин легче диагностировать язвенное кровотечение, чем у женщин: язвенные кровотечения у мужчин наблюдаются в 92%, неязвенные — в 8%; у женщин язвенные кровотечения бывают в 62,3%, неязвенные — в 37,7 случаев.

Диагностика язвенных кровотечений базируется на жалобах больного, анамнезе (наличие в анамнезе язвенной болезни, повторное кровотечение и др.), данных объективного и рентгенологического исследований. Мы не удовлетворяемся диагнозом гастро-дуоденального кровотечения, а стремимся определить топiku кровотечения, т. е. установить, какая язва кровоточит. Для этого учитываем соответствующие симптомы. Так, например, при кровоточащей язве желудка кроме признаков острой кровопотери отмечается обильная кровавая (жидкая со сгустками) рвота, а на следующий день — дегтеобразный стул. При кровотечении из язвы 12-перстной кишки отмечаются признаки острой кровопотери, кровавая рвота отсутствует (последняя появляется только в предагональном состоянии), на следующий день наблюдается обильный дегтеобразный стул.

Гастро-дуоденальные кровотечения язвенной этиологии могут имитировать и другие заболевания, т. е. те, которые могут давать желудочные или дуоденальные кровотечения. Так, при кровотечении из носа, особенно из задних носовых ходов, кровь обычно заглатывается в желудок, а затем выбрасывается со рвотой в виде кофейной гущи. Особенности носового кровотечения заключаются в том, что при нем не наблюдается признаков быстро наступающей кровопотери; состояние больного длительное время остается удовлетворительным; кроме того, это кровотечение не дает обильной кровавой рвоты и обильного дегтеобразного стула.

При легочном кровотечении часть крови заглатывается и затем в измененном виде выбрасывается в виде рвотных масс. Отличительный признак легочного кровотечения состоит в том, что выброшенная наружу кровь пенится, чего не бывает в рвотных массах. Кроме того, больные отмечают жжение в соответствующей половине грудной клетки. Дифференциальная диагностика

осложняется у тех больных, которые до кровотечения не считали себя легочными больными. Причиной профузного легочного кровотечения у них чаще всего являются скрыто протекающие бронхоэктазы.

Профузное кровотечение при раке желудка бывает только в конечной стадии раковой болезни, т. е. при разъедании раком крупного кровеносного сосуда. Обычно же при раке желудка кровотечение не бывает профузным, а постепенным, дающим кровавую рвоту типа кофейной гущи. При проведении дифференциального диагноза между язвенным и раковым кровотечением принимаются в расчет возраст больного, анамнез, состояние аппетита, данные объективного исследования и др.

Геморрагический гастрит также протекает с признаками острой кровопотери, дает обильную кровавую рвоту и дегтеобразный стул. При дифференциальной диагностике геморрагического гастрита и язвы желудка кроме анамнеза и объективных признаков, характерных для этих заболеваний, учитываются данные рентгенологического исследования, о чем будет сказано ниже.

Профузное кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка, наблюдаемое при портальной гипертензии, тоже может симулировать язвенное желудочное кровотечение. Для нормальной гипертензии характерны увеличение печени, а иногда и селезенки, расширение кожных вен передней стенки живота, голова медузы, асцит (в далеко зашедших случаях). Профузное кровотечение из желудка при портальной гипертензии во что бы то ни стало должно быть отдифференцировано, так как в таких случаях необходимо производить иные операции, чем при язвенных кровотечениях.

Профузные желудочные кровотечения могут быть при болезнях крови: болезнь Верльгофа, гемофилия, лейкоз, отравления и др. При такого рода кровотечениях наблюдается несоответствие между количеством потерянной крови и состоянием больного — иными словами, эти больные тяжелее переносят кровопотерю, чем больные язвой. Кроме того, при малейшем подозрении на такие желудочные кровотечения больной должен быть проконсультирован гематологом или терапевтом.

При лечении больных с профузными гастро-дуоденальными кровотечениями любой этиологии у нас вырабатывалась тактика, которая значительно облегчает работу хирурга.

Наш опыт показывает, что больных с профузными язвенными кровотечениями, особенно повторными, нужно оперировать на высоте кровотечения, разумеется, после выведения их 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 скорее является показанием к операции. Исключение составляют молодые больные, поступающие чаще всего с кровоточащей язвой 12-перстной кишки, если кровотечение открылось первый раз; при повторных кровотечениях эти больные также подлежат операции. При кровоточащих язвах 12-перстной 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 12-перстной кишки создается хобот, которым тампонируют дно кровоточащей язвы; хобот несколькими шелковыми швами подшивается к краям язвы.

Совершенно другой тактики мы придерживаемся при профузных гастро-дуоденальных кровотечениях невыясненной этиологии. Этим больным проводится полный курс гемостатических лечебных мероприятий. Наряду с гемостатическими мероприятиями общего порядка применяются местная гипотермия, промывание желудка раствором азотнокислого серебра 1:2000, горячим раствором хлористого натрия, температура — 50—60°. У большей части больных кровотечение останавливается, что определяется по общему виду больного, 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 оперируются.

Больные, у которых кровотечение не остановилось и с отрицательными данными рентгенологического исследования, лечатся консервативно. Кроме гемостатических средств им назначается питание по Мейленграхту — с 8 часов утра до 8 часов вечера больных питают 6 раз. Расписание кормлений составляет лечащий врач с использованием сначала 1а и 1б стола, а затем 1-го стола по Певзнеру. В это время исключаются кровотечения на почве заболеваний крови, отравлений и др. Если исключены этого рода заболевания и кровотечение не остановилось, больным назначаются массивные дозы (1500—2000 мл) свежей цитратной крови, которая вводится внутривенно капельным способом. Если и это не останавливает кровотечения, больные подвергаются операции. При язве производится резекция желудка, при кровотечении из расширенных вен желудка, что устанавливается с помощью гастротомии, — прошивание их и т. д. Если источник кровотечения не выявляется, перевязываются приводящие к желудку сосуды, при этом обязательно перевязывается левая желудочная артерия.

Такой тактикой мы пользуемся длительное время. Она себя оправдала и может быть рекомендована для широкого применения.

Непосредственные исходы хирургического лечения кровоточащих язв: при резекции желудка в первые сутки летальность немного выше, чем при хронических язвах; при вынужденных резекциях желудка («операциях отчаяния») летальность достигает 30%. Отдаленные результаты после резекции желудка при кровоточащих язвах не хуже, чем после хирургического лечения хронических язв, т. е. положительные результаты отмечаются в 94—96% случаев. Как непосредственные, так и отдаленные результаты хирургического лечения кровоточащих язв подтверждают пользу ранней резекции желудка.