

ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

И. А. ПЕТУХОВ, Ю. С. ПОЛУЯН,
Э. Я. ЗЕЛЬДИН, А. К. ЗЕНЬКОВ (Витебск)

Выбор метода лечения больных с острыми гастро-дуоденальными кровотечениями — один из наиболее сложных и спорных вопросов неотложной хирургии. Основная причина — трудности в дифференциальной диагностике источника кровотечения и высокая послеоперационная летальность, особенно при операциях на высоте кровотечения. Не менее сложно предугадать возможность повторного кровотечения. В последние годы отмечается тенденция к росту числа больных с гастро-дуоденальными кровотечениями, в связи с чем необходимо анализировать причины этой патологии, вопросы диагностики и хирургической тактики при ней (В. И. Стручков, 1961; Б. В. Петровский, 1968; И. И. Напалков, 1971; В. Д. Брагусь, 1972, и др.).

В госпитальной хирургической клинике Витебского медицинского института с 1958 по 1972 г. находилось на стационарном лечении 380 больных с острыми гастро-дуоденальными кровотечениями. Из них 298 (78,4%) с кровотечением язвенной этиологии, в том числе с язвенной болезнью желудка — 79 больных, язвенной болезнью 12-перстной кишки — 208, пептической язвой анастомоза — 11. Причиной острых желудочно-кишечных кровотечений послужили многие заболевания (табл. 1).

Как видно из табл. 1, в 21% случаев кровотечение было язвенной этиологии. Нами отмечена тенденция к росту язвенных кровотечений. Увеличение числа больных с гастро-дуоденальными кровотечениями язвенной этиологии в значительной мере зависит от повторного поступления их в стационар. Мужчин было 232 (77,9%). Возраст больных: до 19 лет — 7, от 20 до 29 лет — 43, от 30 до 39 лет — 66, от 40 до 49 лет — 62, от 50 до 59 лет — 59, от 60 до 69 лет — 50, старше 70 лет — 11. Чаше кровотечения наблюдалось в осенний период. 145 больных (48,6%) поступили в стационар позже чем через 24 часа от начала кровотечения.

Жалобы на кровавую рвоту, дегтеобразный стул, данные объективного исследования (бледность кожных покровов, учащение пульса, снижение артериального давления), изучение лабораторных показателей в динамике (количество эритроцитов, уровень гемоглобина крови и др.), а также скрытая кровь в кале позволяют судить о степени тяжести кровотечения и времени его прекращения.

В зависимости от степени тяжести кровотечения согласно классификации В. И. Стручкова (1961) мы разделили больных на 4 группы. Кровотечение 1-й степени, сопровождающееся незначительным гемодинамическими сдвигами, снижением содержания гемоглобина до 60 ед., эритроцитов — до 4 000 000 в 1 мм³, отмечалось у 101 больного (33,9%). Выраженное кровотечение 2-й степени, вызывающее падение систолического давления до 90 мм рт. ст., гемоглобина — до 50 ед., эритроцитов — до 3 000 000 в 1 мм³, наблюдалось у 105 больных (35,2%). Обильное кровоте-

Таблица 1

Причины острых желудочных кровотечений

Заболевание	Число больных	Процент больных
Язвенная болезнь желудка	79	20,8
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	206	54,7
Пептическая язва анастомоза	11	2,9
Рак желудка	31	8,2
Геморрагический эрозивный гастрит	18	4,6
Невринома желудка	2	0,6
Синдром Маллори-Вейсса	1	0,3
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	1	0,3
Полип тонкой кишки	1	0,3
Цирроз печени и портальная гипертензия	10	2,6
Атеросклероз и гипертоническая болезнь	4	1,0
Болезнь Верльгофа	1	0,3
Системная красная волчанка	1	0,3
Этиология кровотечения не установлена	12	3,1

ние 3-й степени, сопровождающееся многократной кровавой рвотой, падением систолического давления до 60 мм рт. ст., гемоглобина — до 25 ед., эритроцитов — до 2 000 000 в 1 мм³, было выяв-

лено у 68 больных (22,8%). У 24 больных (8,1%) отмечалось профузное кровотечение 4-й степени, которое приводило к исчезновению пульса, резкому падению давления, потере сознания, снижению уровня гемоглобина ниже 25 ед., эритроцитов — ниже 2 000 000 в 1 мм³. Следовательно, в 69,1% случаев кровотечение не угрожало жизни.

У 259 больных через 2—3 дня после остановки кровотечения рентгенологически была установлена или подтверждена язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки. 35 больным, поступившим повторно через небольшой срок после предыдущего рентгенологического исследования, подтвердившего язвенную болезнь, рентгенскопия не производилась. Осложнений и возобновления кровотечений в результате рентгенологического исследования не отмечалось. Кроме общепринятых методов исследования у 42 больных исследованы развернутая коагулограмма и тромбозастрограммы (табл. 2 и 3). У больных язвенной болезнью, не

Таблица 2

Показатели тромбозастрограммы у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением

ТЭ	Здоровые лица	Больные язвенной болезнью, осложненной кровотечением	p
P	6.6 ± 0.75	7.8 ± 0.6	<0.1
K	2.8 ± 0.35	3.1 ± 0.2	>5
Mn	66.0 ± 7.8	51.7 ± 3.0	$=7$
S	95.5 ± 4.45	115.0 ± 7.4	>5
T	150.5 ± 10.7	191.4 ± 9.8	>5

осложненной кровотечением, показатели коагулограммы не отличались от соответствующих показателей коагулограммы контрольной группы лиц ($p > 5$). У больных с 1-ю степенью кровотечения отмечались тенденция к повышению гемокоагуляции и значительное увеличение фибринолитической активности крови — до 14,1 мг% ($p < 0.6$). У больных с кровотечениями 3—4-й степени показатели коагулограммы свидетельствовали о еще большей активности как свертывающей, так и противосвертывающей систем крови. Значительно снижалось время свертывания крови (316 ± 11.7 с), время рекальцификации (85.4 ± 3.6 с), толерантность плазмы к гепарину (268.8 ± 6.12 с), гепариновое время (28.2 ± 2.8 с). Тромботест у больных был 5—7 ст. Лишь у одного

Таблица 3

Показатели коагулограмм у больных излечившейся болезнью

Показатель	Здоровые лица	Больные язвенной болезнью без кровотечения	Больные язвенной болезнью со скрытым кровотечением	Больные язвенной болезнью с профузным кровотечением
Время свертывания, с	$325 \pm 10,9$	$319 \pm 11,2$	$322 \pm 12,6$	$316 \pm 1,7$
p, %		>5	>5	>5
Протромбин, % . . .	$86,1 \pm 1,24$	$92,6 \pm 1,5$	$84,2 \pm 1,71$	$83,2 \pm 2,4$
p, %		>5	>5	>5
Время рекальцификации, с	$91,6 \pm 2,8$	$88,4 \pm 2,8$	$88,1 \pm 3,4$	$85,4 \pm 3,6$
p, %		>5	>5	<3
Толерантность плазмы к гепарину, с	$278,0 \pm 6,04$	$283,0 \pm 5,4$	$270,4 \pm 6,25$	$268,8 \pm 6,12$
p, %		>5	>5	>5
Гепариновое время, с	$35,9 \pm 2,48$	$33,6 \pm 1,9$	$32,6 \pm 1,4$	$28,2 \pm 2,8$
p, %		>5	>5	>5
Фибриноген, мг% . . .	$238,5 \pm 6,19$	$239,0 \pm 5,2$	$230,0 \pm 6,3$	$212 \pm 10,4$
p, %		>5	>5	<0,1
Фибринолиз, % . . .	$13,5 \pm 0,83$	$13,7 \pm 0,6$	$14,1 \pm 1,02$	$19,0 \pm 1,04$
p, %		>5	<0,6	<0,1
Ретракция, %	$30,9 \pm 0,89$	$29,6 \pm 1,02$	$28,4 \pm 2,3$	$24,6 \pm 5,2$
p, %		>5	>5	<0,1

больного не определялся фибриноген В. Показатель протромбина у больных всех групп существенно не изменялся. Резко снижался уровень фибриногена — $212 \pm 10,4$ мг% ($p < 0,1$). Это, по-видимому, связано с потерей его в результате кровотечения. Наблюдалось понижение ретракционной способности кровяного сгустка — $24,6 \pm 5,2\%$ ($p < 0,1$). В то же время резко повышалась фибринолитическая активность крови — $19,0 \pm 0,4\%$ ($p < 0,1$).

Данные тромбоэластограмм также свидетельствуют о повышении фибринолитической активности и уменьшении фибриногена. Сдвиги в системе гемостаза, вызванные кровопотерей, еще некоторое время сохраняются после клинической остановки кровотечения.

Лечение больных начиналось с консервативных мероприя-

тий: покой, холод на эпигастральную область, шестипразовое питание охлажденной пищей, введение хлористого кальция, витамин С, переливание гемостатических доз крови, антигемофильной плазмы, эписилонамно-капроновой кислоты, гемофобина. С помощью такой терапии кровотечение было остановлено у 276 больных (92,6%). 24 из них были оперированы после остановки кровотечения и выведения из состояния анемии. Летальных исходов не было. У 22 больных с кровотечением 3—4-й степени консервативная терапия не дала эффекта, поэтому у 20 больных была произведена операция на высоте кровотечения («операция отчаяния»). Умерло 3 больных. У 2 больных остановить кровотечение консервативными мероприятиями не удалось, язвенная болезнь не была диагностирована, и они умерли. Общая летальность — 1,7%.

Основным оперативным вмешательством у данной категории больных была резекция желудка. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались лишь у оперированных на высоте кровотечения. Послеоперационный панкреатит наблюдался у 5 больных, расхождение швов культи 12-перстной кишки — у 2, инфильтрат брюшной полости — у 1, расхождение швов передней брюшной стенки — тоже у одного.

105 (35,2%) больных отказались от предложенного оперативного вмешательства. У 32 из них было кровотечение 3—4-й степени. Остальным больным операция не предлагалась из-за противопоказаний или молодого возраста.

Отдаленные результаты изучены у 122 больных в сроки от 2 до 15 лет, из них у 15 после резекции желудка. Хорошие отдаленные результаты (отсутствие повторных кровотечений, клинических проявлений язвенной болезни, хорошее общее состояние, рентгенологически отмеченное рубцевание язвы) отмечались у 32 больных (26,3%), из них после операции — у 14 человек (93,3%).

Удовлетворительные отдаленные результаты (отсутствие повторных кровотечений, периодические обострения язвенной болезни, хорошо поддающиеся консервативной терапии диспепсические расстройства, отсутствие снижения работоспособности) наблюдались у 22 больных (18%).

Плохие отдаленные результаты наблюдались у 68 больных (55,3%). У них отмечаются повторные гастро-дуоденальные кровотечения, частые обострения язвенной болезни с длительной утратой трудоспособности, инвалидность в результате язвенной болезни, малигнизация язв, развитие рубцово-язвенного стеноза. Часть этих больных (8) оперирована затем по поводу осложнений язвенной болезни с хорошим непосредственным результатом.

Трое больных погибли от возникших гастро-дуоденальных кровотечений.

Таким образом, гастро-дуоденальные кровотечения язвенной этиологии составили 78,4%. Неясным этиологический фактор кровотечения был в 3,1% случаев. Увеличение количества больных с гастро-дуоденальными кровотечениями язвенной этиологии в значительной мере зависит от большого числа отказов от операции и связанного с этим повторного поступления больных в стационар.

Лечение больных гастро-дуоденальными кровотечениями язвенной этиологии должно начинаться с консервативных мероприятий под контролем коагуло- и тромбоэластограмм и применением фибриногена и средств, угнетающих фибринолиз (эпсилон-аминокапроновая кислота, трасилол), что должно рассматриваться как предоперационная подготовка.

Исходя из того, что и отдаленном периоде у большинства больных кровотечения повторяются, следует шире ставить показания к операции после остановки кровотечения, стабилизации гемодинамики и кровеобразования. Это позволяет улучшить результаты лечения.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения показана срочная операция на высоте кровотечения под прикрытием массивных доз крови. Операция в «холодном периоде» позволяет снизить послеоперационную летальность.