

М. Г. Сачок, Е. О. Непокойчицкий (В и т е б с к). Вопросы хирургической тактики при желудочно-кишечных кровотечениях, несмотря на совершенствование методов диагностики и консервативного лечения, остаются недостаточно решенными.

За последние годы на стационарном лечении по поводу язвенных гастро-дуоденальных кровотечений находилось 85 боль-

ных, или 21,6% от всех больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Мужчин было 55, женщин — 30.

Причиной кровотечения у 32 больных был рак желудка, у 18 — гастрит, у 11 — варикозное расширение вен пищевода. У 4 больных кровотечение возникло на почве гипертонической болезни и у одного — в связи с заболеванием крови, у одного — с болезнью Шенлейн — Геноха, у одного — с желчнокаменной болезнью и еще у одного больного — с синдромом Маллори — Вейса. Причина кровотечения не была выяснена у 16 больных (18,8%).

Тактика лечения больных основывалась на причинах, вызвавших кровотечение. Так, кровотечение при раке свидетельствует о далеко зашедшем опухолевом процессе. Однако, несмотря на это, у некоторых больных возможна радикальная операция. 10 из наших больных были оперированы на высоте кровотечения. Радикальная операция оказалась возможной только у 5 больных. 3 больных умерло. 22 больным операцию не производили, так как у них имелись отдаленные метастазы.

Больным с геморрагическим гастритом проводилось консервативное лечение, направленное на повышение свертываемости крови, укрепление стенки капилляров (переливание свежесцитратной крови, витамины С, К, В, Р, фибриноген, эпислон-аминокапроновая кислота и др.). 3 больным производилось прямое переливание крови, результат хороший. Хороший эффект от консервативной терапии отмечался у 15 больных, и у 3 больных кровотечение носило профузный характер, им была произведена резекция желудка.

Всем больным с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка проводилось консервативное лечение. Умерло 3 больных, поступивших в тяжелом состоянии с резко выраженной анемией и сердечно-сосудистой недостаточностью. У 2 больных кровотечение повторилось, вследствие чего им была произведена спленэктомия.

При кровотечениях из вен пищевода и желудка мы придерживаемся консервативной терапии. Оперативное вмешательство, на наш взгляд, должно производиться, если консервативная терапия не дает эффекта. На высоте кровотечения лучше производить операцию типа Таннера, а при асците следует дополнять ее оментопексией. Такое оперативное вмешательство сопряжено с наименьшим риском для больного.

При кровотечениях невыясненной этиологии положение хирурга крайне затруднительно. В таких случаях мы придерживаемся консервативной тактики, одновременно проводим исследование больных.

При продолжающихся кровотечениях неясной этиологии прибегаем к чревосечению, во время которого пальпаторно и визуально исследуем желудок и 12-перстную кишку. При отсутствии данных, подтверждающих органическое заболевание желудка и 12-перстной кишки, делаем продольную гастротомию (12—15 см) на передней стенке желудка, что позволяет хорошо осмотреть слизистую оболочку и установить причину кровотечения. При обнаружении язвы, полипа производим резекцию желудка, при трещине кардиального отдела желудка — ушивание трещины. Однако если источник кровотечения не выявлен, операцию заканчиваем ушиванием гастротомического разреза. При заболевании крови и капилляротоксикозе, осложненных желудочно-кишечным кровотечением, проводим консервативное лечение.

На основании литературных данных и собственных наблюдений мы пришли к следующим выводам.

Больные с острыми желудочно-кишечными кровотечениями неясной этиологии требуют неотложной помощи и должны госпитализироваться в хирургическое отделение, где имеются необходимые условия для оказания срочной помощи.

При гастро-дуоденальных кровотечениях неясного происхождения тактика хирурга зависит от причины, вызвавшей кровотечение, и состояния больного.

При кровотечениях неясной этиологии должна производиться консервативная терапия. К оперативному вмешательству необходимо прибегать лишь при продолжающемся кровотечении. Если источник кровотечения при лапаротомии не обнаружен, следует производить продольную гастротомию.

Больные с желудочно-кишечными кровотечениями неясной этиологии должны состоять на диспансерном учете у хирурга и не менее 2 раз в год подвергаться рентгенологическому исследованию.