Министерство образования и науки Республики Казахстан

Карагандинская государственная медицинская академия

РЕФЕРАТ

Тема: Желудочно-кишечные кровотечения

Руководитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Студент

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2009

1. АНАТОМИЯ ОРГАНА

Ventriculus, желудок, представляет мешкообразное расширение пищеварительного тракта. В желудке происходит скопление пищи после прохождения ее через пищевод и протекают первые стадии переваривания, когда твердые составные части пищи переходят в жидкую или кашицеобразную смесь. В желудке различают переднюю и заднюю стенки. Край желудка вогнутый, обращенный вверх и вправо, называется малой кривизной, curvatura ventriculi minor, край выпуклый, обращенный вниз и влево,— большой кривизной, curvatura ventriculi major. На малой кривизне, ближе к выходному концу желудка, чем к входному, заметна вырезка, где два участка малой кривизны сходятся под острым углом, angulus ventriculi.

В желудке различают следующие части: место входа пищевода в желудок называется ostium cardiacum; прилежащая часть желудка - pars cardiaca; место выхода - pylorus, привратник, прилежащая часть желудка - pars pylorica; куполообразная часть желудка влево от ostium cardiacum называется дном или сводом. Тело, простирается от свода желудка до раrs ру1оriса. Рагs ру1оriса разделяется в свою очередь на antrum pyloricum - ближайший к телу желудка участок и canalis pyloricus - более узкую, трубкообразную часть, прилежащую непосредственно к pylorus.

Топография желудка. Желудок располагается в epigastrium; большая часть желудка (около 5/6) находится влево от срединной плоскости; большая кривизна желудка при его наполнении проецируется в пупочную область. Своей длинной осью желудок направлен сверху вниз, слева направо и сзади наперед; при этом входное отверстие располагается слева от позвоночника позади хряща VII левого ребра, на расстоянии 2,5—3 см от края грудины; его проекция сзади соответствует XI грудному позвонку; оно значительно удаленоот передней стенки живота. Свод желудка достигает нижнего края V ребра по lin. Mamillaris sin. Привратник при пустом желудке лежит по средней линии или несколько вправо от нее против VIII правого реберного хряща, что соответствует уровню XII грудного или I поясничного позвонка. При наполненном состоянии желудок вверху соприкасается с нижней поверхностью левой доли печени и левым куполом диафрагмы, сзади - с верхним полюсом левой почки и надпочечником, с селезенкой, с передней поверхностью поджелудочной железы, далее внизу - с mesocolon и colon transversum, спереди - с брюшной стенкой между печенью справа и ребрами слева. Когда желудок пуст, он вследствие сокращения своих стенок уходит в глубину и освободившееся пространство занимает поперечная ободочная кишка, так что она может лежать впереди желудка непосредственно под диафрагмой. Величина желудка сильно варьирует как индивидуально, так и в зависимости от его наполнения. При средней степени растяжения его длина около 21-25 см.

Строение. Стенка желудка состоит из трех оболочек: 1) слизистая оболочка с сильно развитой подслизистой основой; 2) мышечная оболочка; 3) серозная оболочка.

Артерии желудка происходят из truncus coeliacus и a. lienalis. По малой кривизне располагается анастомоз между a. gastrica sinistra (из truncus coeliacus) и a. gastrica dextra (из a. hepatica communis), по большой - aa. gastroepiploica sinistra (из a. lienalis) et gastroepiploica dextra (из a. gastroduodenalis). К fornix желудка подходят aa. gastricae breves из a. lienalis. Артериальные дуги, окружающие желудок, являются функциональным приспособлением, необходимым для желудка как для органа, меняющего свои форму и размеры: когда желудок сокращается, артерии извиваются, когда он растягивается артерии выпрямляются.

Вены желудка, соответствующие по ходу артериям, впадают в v. portae.

Нервы желудка - это ветви n. vagus et truncus sympathicus. N. vagus усиливает перистальтику желудка и секрецию его желез, расслабляет сфинктер привратника. Симпатические нервы уменьшают перистальтику, вызывают сокращение сфинктера привратника, суживают сосуды, передают чувство боли.

Duodenum, двенадцатиперстная кишка, подковообразно огибает головку поджелудочной железы. В ней различают четыре главные части: 1) pars superiror направляется на уровне I поясничного позвонка вправо и назад и, образуя изгиб вниз, flexura duodeni superior, переходит в 2) pars descendens, которая спускается, располагаясь вправо от позвоночного столба, до III поясничного позвонка; здесь происходит второй поворот, причем кишка направляется влево и образует 3) pars horisontalis идущую поперечно впереди нижней полой вены и аорты, и 4) pars ascendens, поднимающуюся до уровня I-II поясничного позвонка слева и спереди.

Топография двенадцатиперстной кишки. На своем пути двенадцатиперстная кишка внутренней стороной своего изгиба срастается с головкой поджелудочной железы; кроме того, pars superiror соприкасается с квадратной долей печени, pars descendens - с правой почкой, pars horisontalis проходит между верхними мезентериальными артерией и веной спереди и аортой и нижней полой веной - сзади. Duodenum брыжейки не имеет и покрыта брюшиной лишь частично, главным образом спереди. Передняя поверхность pars descendens остается не прикрытой брюшиной в ее среднем участке, где pars descendens пересекается спереди корнем брыжейки поперечной ободочной кишки; pars horisontalis покрыта брюшиной спереди, за исключением небольшого участка, где двенадцатиперстную кишку пересекает корень брыжейки тонкой кишки, заключающий vasa mesenterica superiores. Таким образом, duodenum можно отнести к экстраперитонеальным органам.

При переходе pars ascendens в тощую кишку на левой стороне I или, чаще II поясничного позвонка получается резкий изгиб кишечной трубки, flexura duodenojejunalis, причем начальная часть тощей кишки направляется вниз, вперед и влево. Flexura duodenojejunalis благодаря своей фиксации на левой стороне II поясничного позвонка служит опознавательным пунктом во время операций для нахождения начала тощей кишки.

Кровоснабжение двенадцатиперстной кишки. Duodenum питается из aa. pancreaticoduodenales inferiores (из а. mesenterica superior). Венозная кровь по одноименным венам оттекает в портальную вену.

2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Острые желудочно-кишечные кровотечения возникают при целом ряде заболеваний, которые по своему происхождению и механизму развития отличаются друг от друга. В связи с этим желудочно-кишечные кровотечения разделены на язвенные и неязвенные.

Язвенные геморрагии составляют около 60% всех острых желудочно-кишечных кровотечений. Они носят массивный характер и им уделялось большое внимание. Тем не менее этиология и патогенез язвенных кровотечений изучены пока еще недостаточно. Механизмы развития гастродуоденальных кровотечений тесно связаны с патогенезом язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и следовательно, должны рассматриваться совместно.

Многочисленные клинические и экспериментальные исследования показали, что объяснить патогенез язвенной болезни унитарной теорией невозможно, так как в возникновении и развитии язвенной болезни принимают участие значительное количество общих и местных факторов, имеющих тесные связи.

К общим факторам возникновения и развития язвенной болезни следует отнести:

нарушение нервной регуляции

расстройства гормональных механизмов.

К местным факторам принадлежат:

1) повышение кислотно-ферментативного воздействия на слизистые;

2) нарушение трофических свойств стенки желудка и двенадцатиперстной кишки;

3) состояние морфологической структуры слизистых;

функциональные и морфологические изменения желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие при воздействии внешних причин

Значение перечисленных факторов в возникновении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, и их патогенетическая роль неодинаковы.

В настоящее время известно больше ста заболеваний, вызывающих острые желудочно-кишечные кровотечения. Естественно, что объединение и систематизация их представляют собой весьма трудную задачу. Опубликовано большое количество работ, авторы которых приводят собственные классификации острых желудочно-кишечных кровотечений (Б. С. Розанов, 1950; В. И. Стручков и Э. В. Луцевич, 1961; И. Н. Напалков, 1971; Finsterer, 1943, и др.). В основу одних классификаций положены патогенетические принципы, другие - объединяют заболевания по сходным признакам или локализации патологического процесса, или приводится простое перечисление заболеваний, ведущих к острому желудочно-кишечному кровотечению. Классификации степени тяжести острых желудочно-кишечных кровотечений отличаются значительным разнообразием. Для определения степени кровопотери авторы обычно использовали клинические данные (окраску кожных покровов и слизистых, частоту пульса, уровень артериального давления) и относительные гематологические показатели, исчисляемые в процентах, единицах, грамм-процентах (содержание эритроцитов, гемоглобина, гематокрита и др.), что не объективно отражает степень геморрагии. Использование классификации острых желудочно-кишечных кровотечений в клинической практике позволяет улучшить дифференциальную диагностику, более правильно определить метод лечения и показания к оперативному вмешательству.

3. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Патогенетический принцип систематизации острых желудочно-кишечных кровотечений является основным и ведущим. Это признается всеми авторами, и поэтому выделяют две основные группы: язвенные и неязвенные геморрагии. В количественном отношении обе эти группы являются почти равнозначными.

3.1 ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

По нашим данным, на долю острых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии приходится 52,76%: с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке - в 23,20%, в желудке - в 19,63%, в пилородуоденальной области - в 1,08%, в области гастроэнтероанастомоза - в 1,23%, в желудке и двенадцатиперстной кишке - в 0,50%. Кроме того, язвы могут располагаться в пищеводе и дивертикулах. У других больных обнаружены малигнизированные, перфоративные язвы и пилородуоденит. Мы выделяем язвенную болезнь с хроническим течением (46,34%) и острые язвы пищеварительного тракта (6,42%), которые наиболее часто локализуются в желудке.

3.2 НЕЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Неязвенные острые желудочно-кишечные кровотечения обнаружены у 811 (45,78%) больных. Они очень разнообразны по своему происхождению. Несмотря на это, их все же можно объединить в отдельные патогенетические группы: острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии (16,98%), при эрозивном геморрагическом гастрите (13,00%), из вен пищевода при портальной гипертензии (6,54%), при геморрое (2,93%), эрозивные кровотечения пищеварительного тракта (1,74%), при гипертонической болезни и атеросклерозе (1,29%), при дивертикулах пищеварительного тракта (0,55%), при системных заболеваниях крови (0,35%, при инфекционных заболеваниях (0,15%), при интоксикациях 0,1%), при механических повреждениях слизистых пищеварительного тракта (0,4%) и других более редких заболеваниях (болезнь Рандю - Ослера, разрыв аневризмы аорты, гломусная опухоль, гемобилия, коагулопатия потребления и острый фибринолиз, химический ожог пищевода и другие) — 1,75%.

Локализация источника кровотечения, так же как и его причина, имеют важное практическое значение при диагностике и лечении острых желудочно-кишечных кровотечений. При выборе тактики хирург вынужден придавать важное значение не только происхождению, но и месту локализации источника кровотечения.

Объединение заболеваний по локализации, даже если они совершенно разнородны в патогенетическом отношении, имеет важное практическое значение. Это важно при проведении дифференциального диагноза, а также при выборе тактики хирурга, особенно при экстренном определении показаний к оперативному вмешательству.

Для более простого запоминания к первой группе отнесены заболевания легких и верхних дыхательных путей, которые могут симулировать острые желудочно-кишечные кровотечения.

Острые кровотечения из носа, носоглотки, трахеи бронхов и легких составляют 0,3%. Они возникают при повреждении слизистой, гипертонической болезни, заболеваниях крови, новообразованиях, кавернозном туберкулезе, абсцессах легких и бронхоэктазиях. Диагностика их трудна.

Острые кровотечения из пищевода наблюдаются в 8,66% Они возникают при портальной гипертензии (6,61%), раке (1,2%) острых язвах (0,3%), дивертикуле (0,2%), эрозивном эзофагите (0,15%), разрыве аневризмы грудного отдела аорты (0,1%), лейомиоме (0,05%) и химическом ожоге (0,05%). Возможны также кровотечения в результате травмы пищевода инородным телом вызывающим пролежень и перфорацию аорты.

Острые кровотечения из желудка наблюдаются в 52,49% Они обусловлены хронической язвой (19,63%), острой язвой (3,78%), пилородуоденальной язвой (1,08%), хронической и острой язвой гастроэнтероанастомоза (1,23%), эрозивным геморрагическим гастритом (13%), раком желудка (11,34%), гипертонической болезнью и атеросклерозом (1,29%), грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (0,62%), лейомиомой (0,15%), ïîëèïîì (0,1%), синдромом Маллори—Вейсса (0,1%), болезнью Рандю— Ослера (0,05%), острым фибринолизом (0,05%), гломусной опухолью (0,05%), заболеваниями крови (0,35%). Кровотечения могут быть обусловлены и другими заболеваниями (гемангиома фиброма, нейрофиброма, липома, шваннома, туберкулез, сифилис саркома, лимфогранулематоз, актиномикоз, инородное тело желудка, разрыв аневризмы, дивертикулы, острое расширение желудка, травма, ожог, острый панкреатит, диабетическая кома, абсцесс и др.).

Острые кровотечения из двенадцатиперстной кишки составляют 24,5%. Они были при хронической язве (23,2%), острой язве (0,45%), дивертикуле (0,25%), раке двенадцатиперстной кишки (0,25%), раке поджелудочной железы (0,2%), разрыве аневризмы аорты (0,05%), гемобилии (0,05%,) истерии (0,05%). Опубликованы кровотечения при: аденоме поджелудочной железы, завороте сальника, сепсисе, аппендиците, сирингомиелии, желчно-каменной болезни, авитаминозе, пищевой интоксикации, уремии, лучевой болезни, аллергии, лекарственных язвах и оперативных вмешательствах.

Острые кровотечения из тонкой кишки встречаются в 1,1%. При раке (0,3%), тромбозе мезентериальных сосудов (0,2%), острой язве (0,2%), язвенном энтероколите (0,2%), íåâðèíîìå (0,1%), забрюшинной лимфосаркоме (0,05%), болезни Рандю—Ослера (0,05%). Описаны кровотечения при дивертикуле Меккеля, полипозе, сыпном и брюшном тифе, холере, инвагинации, доброкачественных новообразованиях, глистной инвазии, заболеваниях крови и других заболеваниях.

Острые кровотечения из толстой кишки составляют 2,55 %: при раке (1%), колите (0,85%), полипозе (0,35%), дизентерии (0,15%), дивертикуле (0,1%), острой язве (0,1%). Опубликованы острые кровотечения при холере, туберкулезе, инвагинации, тромбозе мезентериальных сосудов и другой патологии.

Острые кровотечения из прямой кишки и анального канала наблюдаются в 4,03%: при геморрое (2,93%), раке (0,4%) анальных трещинах (0,25%), повреждениях прямой кишки (0,2%), полипе (0,2%), биопсии (0,05%). Кровотечения могут быть при выпадении прямой кишки, специфических и неспецифических язвах, проктите, остром и хроническом парапроктите и других заболеваниях.

При разработке классификации острых желудочно-кишечных кровотечений степени кровопотери придается весьма важное значение. Степень кровопотери нередко определяет состояние больного и заставляет его обратиться за медицинской помощью). В литературе существует разнообразная терминология, применением которой авторы пытались подчеркнуть степень тяжести кровотечения и его интенсивность.

Однако все эти названия (тяжелые, средние, легкие, большие, умеренные, малые, профузные, массивные, опасные, неудержимые, жизнеугрожающие и т. д.) отражают только субъективную оценку состояния больного и не могут характеризовать степень кровопотери.

При определении степени кровопотери большинством авторов использованы: 1) сообщения больного, родственников, окружающих и медицинских работников о количестве потерянной крови, исчисляемом в различных объемных единицах (литрами, стаканами, тазами и т. д.); 2) окраска кожи и слизистых, частота дыхания, пульса и уровень артериального и венозного давления; 3) относительные показатели клинического анализа крови (количество эритроцитов, гемоглобина, величина цветного показателя); 4) уровень гематокритного числа, размеры удельного веса крови и плазмы.

Использование этих показателей для определения степени кровопотери не может вызывать возражений. Однако следует помнить, что субъективные сведения, объективные внешние признаки и лабораторные относительные показатели (исчисляемые в % или мг%) могут дать только лишь ориентировочные данные о размерах кровопотери. Даже гематокрит, удельный вес крови и плазмы, исследованные в первые часы после начала кровотечения, не отражают истинных размеров кровопотери, так как оставшаяся в организме кровь разжижается не сразу, а только через несколько часов и даже дней.

Одним из объективных и наиболее точных методов определения кровопотери является исследование ОЦК и ее компонентов и вычисление дефицита гематологических показателей. Только определение ОЦК и ее компонентов позволяет установить, какая же часть крови осталась после геморрагии в организме и принимает участие в циркуляции.

На основании многочисленных клинических наблюдений, исследования ОЦК и ее компонентов и сопоставления полученных данных мы пришли к убеждению, что определить с наибольшей долей вероятности степень кровопотери и правильно оценить состояние больного можно только после комплексного изучения клинических данных, показателей лабораторных и инструментальных методов диагностики.

В зависимости от интенсивности кровотечения следует делить на явные, проявляющиеся кровавой рвотой или дегтеобразным стулом, и скрытые— оккультные кровотечения, которые можно определить лишь с помощью р. Грегерсена. Явные геморрагии могут быть острыми и хроническими, появившиеся впервые или повторно. Острые желудочно-кишечные кровотечения бывают однократными и многократными, т. е. рецидивирующими в течение данного постгеморрагического периода, когда последствия анемии еще не ликвидированы. Эти кровотечения представляют наибольшую опасность для больного.

Повторные острые желудочно-кишечные кровотечения, возникающие на фоне нормоволемии через значительный промежуток времени после первого эпизода геморрагии, обычно ничем не отличаются от впервые появившегося кровотечения. Иначе обстоит дело с геморрагиями, рецидивирующими в течение короткого времени, исчисляемого часами и даже минутами. Эти кровотечения вызывают тяжелые изменения в системе гомеостаза и являются чрезвычайно опасными для жизни.

Классификации тяжести острых желудочно-кишечных кровотечений, разработанные отечественными хирургами (Е. Л. Березов, 1955; Б. С. Розанов, 1960; В. И. Стручков и Э. В. Луцевич, 1961; В. Д. Братусь, 1972, и др.), имеют важное значение для повышения качества ранней диагностики, выбора способа лечения и улучшения непосредственных результатов.

При поступлении больного в стационар через 24 ч и позднее от начала кровотечения, когда благодаря гидремической реакции уже произошло значительное восстановление массы циркулирующей крови, а следовательно, и ее разжижение, количество эритроцитов, уровень гемоглобина, гематокритное число, удельный вес крови и плазмы отражают степень анемии и могут быть использованы для определения степени кровопотери. Данные этих исследований позволяют составить ориентировочное представление о тяжести кровотечения. Пользуясь показателями этих исследований и клиническими данными, принято выделять три степени кровопотери: легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая степень кровопотери: количество эритроцитов выше 3500000, уровень гемоглобина больше 60 ед., гематокритное число выше 30%, частота пульса до 80 в 1 мин, артериальное давление выше 110 мм рт. ст.

Средняя степень кровопотери: количество эритроцитов в пределах 250000—3500000, уровень гемоглобина от 50 до 60 ед., гематокритное число от 25 до 30%, частота пульса от 80 до 100 в 1 мин, систолическое артериальное давление от 100 до 1 10 мм рт. ст.

Тяжелая степень кровопотери: количество эритроцитов меньше 2500000, уровень гемоглобина ниже 50 ед., гематокритное число ниже 25%, частота пульса выше 100 в 1 мин, систолическое артериальное давление ниже 100 мм рт. ст.

Такая классификация степени кровопотери дает лишь приблизительное представление о тяжести анемии и состоянии больного и не отражает размеры кровопотери и степень гиповолемии. У больных с тяжелой и быстрой кровопотерей смерть может наступить раньше развития гидремической реакции, т. е. до появления анемии (С. С. Юдин, 1955). Поэтому только определение ОЦК и ее компонентов может указать на степень кровопотери и степень гиповолемии. Это позволяет более объективно оценить состояние больных, что имеет важное значение для выбора тактики хирурга.

На основании наших многочисленных исследований ОЦК и ее компонентов и сопоставления выявленного дефицита этих показателей с клиническими и лабораторными тестами целесообразна следующая классификация массивности острых желудочно-кишечных кровотечений: легкая степень кровопотери (дефицит ГО до 20%), средняя степень кровопотери (дефицит ГО от 20 до 30%) и тяжелая степень кровопотери (дефицит ГО 30% и больше). Несомненно, дефицит ОЦК и ее компонентов, а следовательно, и степень кровопотери могут изменяться. Объем кровопотери может увеличиваться и тогда легкая степень переходит в среднюю или тяжелую.

Исследование ОЦК и ее компонентов позволяет определить продолжающееся или выявить рецидивирующее кровотечение. Несмотря на динамичность процесса геморрагии, определение ОЦК и ее компонентов позволяет выявить количество оставшейся циркулирующей крови, что невозможно сделать с помощью других исследований.

Таким образом, классификация острых желудочно-кишечных кровотечений должна отражать причину и патогенез геморрагии, место локализации источника кровотечения, степень кровопотери и факт продолжающегося, остановившегося или рецидивирующего кровотечения.

Используя приведенную классификацию, представляется возможным достаточно полно сформулировать клинический диагноз с учетом причины и места локализации источника геморрагии, повторяемости кровотечения и степени кровопотери. Это обращает внимание врача на патогенетическую, патоморфологическую и патофизиологическую сущность течения заболевания. Развернутый клинический диагноз является результатом проведения комплексной дифференциальной диагностики и должен быть построен примерно следующим образом: язвенная болезнь, язва желудка, осложненная острым рецидивирующим кровотечением с тяжелой степенью кровопотери. Правильный развернутый диагноз позволяет своевременно наметить и провести наиболее целесообразное лечение, определить тактику хирурга и предусмотреть объем и характер оперативного вмешательства.

Классификации острых желудочно-кишечных кровотечений, основанные на клинических признаках кровопотери и относительных гематологических показателях, не всегда объективно отражают тяжесть геморрагии и не позволяют выделить идентичные группы больных, нуждающихся в определенном комплексе лечебных мероприятий.

Дополнение общепринятых классификаций острых желудочно-кишечных кровотечений сведениями о состоянии ОЦК и ее компонентов, о размерах дефицита этих показателей и степени гиповолемии позволяет наиболее достоверно и объективно определить степень тяжести кровопотери и правильно оценить состояние больных.

Разработка и совершенствование простых, но достаточно точных, методов исследования ОЦК и ее компонентов, внедрение их в повседневную практику помогут улучшить диагностику степени и скорости кровопотери. Они будут способствовать выбору наиболее эффективного метода лечения и дадут возможность более объективно сравнивать результаты лечения идентичных групп больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. В настоящее время методы определения ОЦК и ее компонентов настолько усовершенствованы, что могут выполняться в любом лечебном учреждении и должны стать обязательными при определении показаний к плановым и экстренным оперативным вмешательствам.

4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

4.1 ОСТРЫЕ ЯЗВЫ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Желудочно-кишечные кровотечения из поверхностных и мелких язв желудка впервые описал Dieulafoy (1897). В последние годы в связи с применением более активной тактики и экстренной гастрофиброскопии мелкие изъязвления слизистой желудка стали выявлять чаще и язва Делафуа перестала быть редкостью. Частота острых кровоточащих язв различна, от единичных наблюдений до 41,44% (Bulmer, 1927).

Острые язвы органов пищеварительного тракта, осложненные кровотечением, обнаружены у 6,42% больных, лечившихся по поводу острых желудочно-кишечных геморрагий. Среди больных с язвенными кровотечениями они составили 12,19%.

Острые язвы органов пищеварения наблюдаются в любом возрасте, как у новорожденных (Lloid, 1969), так и у лиц старческого возраста (Н. К. Матвеев, Н. О. Николаев, 1970). Таким образом, острые язвы в 74,56% наблюдались среди лиц пожилого и старческого возраста. Такое же соотношение обнаружила В. П. Мельникова с соавт. (1970).

Этиология и патогенез острых язв органов пищеварения, осложненных кровотечением, до настоящего времени изучены недостаточно. Известно большое число заболеваний или их осложнений, при которых возникают острые язвы (табл.1). Одним из ведущих факторов, принимающих участие в образовании острой язвы, является повышение активности кислотно-пептического фактора. Подтверждением этому является наиболее частая локализация острых язв в желудке, что имело место у 84,21% больных. У 5,27% больных обнаружена острая язва пищевода, у 5,27% - двенадцатиперстной кишки, у 3,5% - тонкой кишки, у 1,76% —толстой кишки.

Другим не менее важным патогенетическим фактором является снижение устойчивости слизистой пищеварительного тракта к воздействию соляной кислоты, ферментов, пищевых продуктов, лекарственных препаратов и других агентов. Многочисленные заболевания и возникающие осложнения в результате циркуляторных расстройств ведут к развитию гипоксии слизистой желудочно-кишечного тракта.

Острые язвы у 63,15% больных оказались множественными, размеры их колебались от 0,1—0,2 мм до 3 см в диаметре. Края язв были мягкими, дно их проникало до подслизистого слоя, реже мышечного слоя. На дне острых язв у 75,44% макроскопически обнаружен аррозированный сосуд.

ТАБЛИЦА 1

Заболевания, при которых возникали острые язвы органов пищеварения (по данным А.И.Горбашко)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Основное заболевание | Количество больных | Процент |
| Общий атеросклероз и сердечная недостаточность | 36 | 31,60 |
| Интоксикация | 23 | 20,18 |
| Послеоперационный парез кишечника | 13 | 11,41 |
| Инфаркт миокарда | 10 | 8,78 |
| Переломы костей конечностей | 6 | 5,27 |
| Лекарственные язвы | 6 | 5,27 |
| Нарушения мозгового кровообращения | 5 | 4,38 |
| О. и хр. Лейкоз | 4 | 3,50 |
| Ревматический порок сердца | 3 | 3,63 |
| Психическая травма | 4 | 3,50 |
| Тромбоз мезентериальных сосудов | 1 | 0,87 |
| Острый панкреатит | 1 | 0,87 |
| Болезнь Шенлейн-Геноха | 1 | 0,87 |
| Сирингомиелия | 1 | 0,87 |
| Всего | 114 | 100 |

Наиболее излюбленной локализацией острых язв является тело желудка, особенно задняя стенка. У таких больных, как правило, при осмотре желудка и пальпации его во время лапаротомии выявить острую язву не удается. Только тщательный осмотр слизистой после широкой продольной гастротомии позволяет установить острую язву или эрозии.

Клиническое течение острых язв значительно отличается от проявления язвенной болезни. Жалобы больных зависят от течения острой язвы. Неосложненные острые язвы протекают у большинства больных бессимптомно. Появление болей в эпигастральной области, тошноты, рвоты и болезненности при пальпации брюшной стенки может указывать на образование острых язв и эрозий желудка или кишечника. Диагностика неосложненных язв представляет значительные трудности. Из всех известных методов диагностики только гастрофиброскопия позволяет установить диагноз.

Больные с острыми язвами наиболее часто поступают к хирургу по поводу их осложнений: кровотечения, перфорации или их сочетания.

Трудность выявления острой язвы связана не только с атипичным течением ее, но и с общим тяжелым состоянием этих больных, которое зависело, от основного заболевания. Даже тщательное изучение жалоб, данных анамнеза, объективных признаков, лабораторных показателей и применение экстренной рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта не всегда позволяет установить природу и место локализации источника кровотечения. При экстренной гастрофиброскопии, произведенной у 32 больных, острые язвы и эрозии слизистой желудка обнаружены у 9 и синдром Маллори— Вейсса—у 2 больных. Выбор метода лечения острых желудочно-кишечных кровотечений на почве острых язв представляет собой одну из сложных и трудных задач. При перфорации язвы или сочетании перфорации и кровотечения хирургическое лечение производится по жизненным показаниям.

Тактика хирурга при острых язвах, осложненных кровотечением до настоящего времени четко не определена. С одной стороны, это связано с трудностями диагностики острых язв и хирург нередко не знает о ее существовании. С другой 'стороны, тяжелое состояние больного, обусловленное основным заболеванием и массивной кровопотерей, не позволяет сразу решиться на операцию.

Тактика хирурга при острых язвах, осложненных кровотечением, должна быть строго индивидуальной. Следует учитывать не только причину кровотечения и степень кровопотери, но и общее состояние больного, которое зависит от возраста, основного или сочетанного заболевания.

4.2 ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Сочетание двух тяжелых осложнений, кровотечения и перфорации, в настоящее время встречается нередко и составляет по данным В. А. Самсонова (1967) - 5,2%, В. Д. Братусь (1972) - 1,1% и А. П. Лебедева (1972) - 2,3%.

Патогенез кровоточащей и перфоративной язв, по-видимому, идентичен и состоит в прогрессирующем развитии деструктивного процесса в стенке желудка или кишки. Среди больных наблюдалось четыре варианта сочетания кровотечения и перфорации: 1) вначале возникало кровотечение из язвы, потом перфорация; 2) оба осложнения появились одновременно; 3) кровотечение наступило после перфорации; 4) кровотечение возникло после ушивания перфоративной язвы.

Клиническое течение прободения кровоточащей язвы значительно отличается от перфорации хронической язвы. В результате слабости и ареактивности, нейтрализации желудочного содержимого кровью болевой синдром у больных был выражен менее интенсивно. «Кинжальных» болей, как правило, не отмечалось. Нетипичная клиническая картина и отсутствие характерного для язвенной болезни анамнеза вызывают значительные трудности в диагностике перфорации кровоточащей язвы. Типичный «язвенный» анамнез установлен только у íåáîëüøîãî êîëè÷åñòâà больных, что имело важное значение для ранней диагностики этого осложнения. Сочетание кровотечения и перфорации язвы представляет значительную опасность для жизни больного и является абсолютным показанием к оперативному вмешательству.

4.3 ОСТРЫЕ НЕЯЗВЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В группу острых неязвенных кровотечений относят геморрагии, возникающие при целом ряде заболеваний органов пищеварения, других органов и систем, когда кровь попадает в просвет пищеварительного тракта и симулирует желудочно-кишечное кровотечение. По данным С. С. Юдина (1955), Б. С. Розанова (1960), В. Д. Братусь (1972), Finsterer (1943) и других хирургов, неязвенные кровотечения составляют от 10 до 60% всех кровотечений

4.4 ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Злокачественные и доброкачественные опухоли органов пищеварения могут сопровождаться острым желудочно-кишечным кровотечением. На основании секционных данных установлено, что рак желудка, осложненный профузным кровотечением, от 4,6 до 15,9% случаев является причиной смерти среди всех летальных исходов от острых желудочно-кишечных кровотечений (А. А. Дикштейн, 1939). Наибольшим опытом лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями опухолевой природы располагают В. И. Стручков и Э. В. Луцевич (1961) —86 наблюдений, Е. П. Све-денцов (1968)—101 наблюдение, В. Д. Братусь 1972)—112 наблюдений, Б. Е. Петерсон с соавт. (1973) —133 наблюдения.

Из 1772 больных у 308 (17,42%) имело место острое желудочно-кишечное кровотечение опухолевой этиологии или в результате полипоза органов желудочно-кишечного тракта (табл. 2). Среди 811 больных с неязвенными геморрагиями острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевого генеза составили 299 (36,86%) и на почве полипоза—9 (1,1%).

ТАБЛИЦА 2.

Характер, локализация источника кровотечения и стадии раковой опухоли (по данным А.И.Горбашко)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Характер и локализация источника кровотечения | Общее число больных | Доброкачественные опухоли | Полипоз | Раковая опухоль |
| II | III | IV |
| Пищевод | 21 (6,81%) | 1 (0,32%) | 0 | 0 | 10 | 10 |
| Желудок | 226 (73,35%) | 3 (0,97%) | 2 (0,64%) | 6 | 108 | 107 |
| Печень | 5 (1,62%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 12 перстная кишка | 5 (1,62%) | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 |
| Поджелудочная железа | 4 (1,3%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Тонкая кишка | 6 (2,0%) | 2 (0,65%) | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Толстая кишка | 37 (12,01%) | 0 | 7 (2,26%) | 0 | 19 | 11 |
| Рак бронха | 2 (0,65%) | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Рак матки | 1 (0,32%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Лимфосаркома забрюшинного пространства | 1 (0,32%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Всего | 308 (100%) | 6 (1,94%) | 9 (2,9%) | 6 | 143 | 144 |

Наиболее частой причиной острого желудочно-кишечного кровотечения оказался рак желудка, обнаруженный у 71,74% больного. У 48,41% больных был рак IV стадии. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 32 до 45 лет—20, от 45 до 60 лет— 104, от 60 до 75 лет—153, от 75 до 90 лет—30, старше 90 лет—1 больная. Большинство больных (59,72%) были пожилого и старческого возраста. Из них 56,49% —женщины и 43,51% - мужчины.

Несмотря на то, что у 46,75% больных обнаружена IV стадия раковой опухоли, установление причины острого кровотечения представляло значительные трудности на всех этапах госпитализации. Правильный диагноз был установлен при направлении у 20,82%, при поступлении - у 31,40%, ответственным дежурным хирургом - у 35,83% и после обследования в клинике - у 65,86% больных. Госпитализированы в первые сутки от начала кровотечения 46,6% и от 2 до 17 суток - 53,40% больных.

Наиболее частой жалобой больных с кровоточащим раком желудка является боль в животе (55,2%), которая локализовалась, как правило, в эпигастральной области и носила ноющий характер. Рвота кровью или массами цвета кофейной гущи отмечалась у 46,6% больных. Дегтеобразный или черный стул выявлен у 40,72%, резкая слабость беспокоила 67% больных, головокружение имело место у 40,72% больных. У 10,4% больных отмечался обморок. При сравнении жалоб больных с кровоточащим раком и кровоточащей язвой желудка удается установить, что болевой синдром при раке выражен реже (55,2%), чем при язвенной болезни (88,67%). Если изжога наблюдалась при язвенных геморрагиях в 23,63%, то при раке желудка, осложненном кровотечением, у 3,62% больных.

Снижение аппетита отмечалось у 10% больных с язвенными геморрагиями, при кровоточащем раке желудка плохой аппетит был у 32,13% больного. Потеря веса имела место у 41,17% больного с кровоточащим раком желудка, а при язвенных кровотечениях - у 9,94% больных.

В дифференциальной диагностике особое значение придается анамнезу. При язвенных геморрагиях анамнез, типичный для язвенной болезни, обнаружен у 66,63%, при кровоточащем раке «желудочный» анамнез обнаружен у 20,81%. В прошлом 13,57% больных перенесли различные операции.

Острое желудочно-кишечное кровотечение при раке желудка у 67% больных проявилось развитием острой слабости и головокружения, у 43% больных заболевание проявилось рвотой кровью. При поступлении в стационар у 44,34% больных состояние оказалось тяжелым, у 25,79% - средней тяжести и у 29,87% - удовлетворительным. Значительное истощение обнаружено у 30,31% больных. У 67,41% больных кожные покровы были бледными или бледно-землистой окраски.

При пальпации живот оказался болезненным у 41,62% больных и у 23,53% больных удалось обнаружить опухоль желудка. У отдельных больных (9,5%) удается выявить увеличенную и бугристую печень, чего не бывает при язвенных геморрагиях.

Таким образом, нарастающая слабость, утомляемость, головокружение, потеря аппетита и исхудание являются характерными, хотя и непостоянными, признаками рака желудка.

При исследовании крови количество эритроцитов у 62,5% больных оказалось ниже 3 миллионов, уровень гемоглобина был ниже 50 ед. у 45,35% исследованных. Диагностическое значение может иметь СОЭ, которая у 71 % больных оказалась выше нормы. Для геморрагий опухолевой этиологии является характерным увеличение количества лейкоцитов в периферической крови (в 70%) и сдвиг формулы влево (в 35,5%).

При срочном исследовании секреторной функции желудка с помощью десмоидной пробы Сали—Матцке и определения уровня уропепсина, при титрационном исследовании и с помощью радиотелеметрической капсулы установлено, что при раке желудка, осложненном кровотечением, как правило, наблюдается ахилия.

В диагностике причины и локализации источника острого кровотечения важное значение имеет экстренное рентгенологическое исследование органов пищеварительного тракта.

4.5 ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ПОЛИПЫ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Острые кровотечения при доброкачественных опухолях и полипах органов пищеварительного тракта встречаются не часто. Сообщения обычно касаются нескольких наблюдений (В. Д. Братусь, 1972). Наиболее частой причиной острого кровотечения при доброкачественных поражениях являются полипы. Клиническая диагностика их представляет известные трудности, и причину геморрагии удается установить только с помощью рентгеноскопии, гастро-фиброскопии и ректороманоскопии. Доброкачественные опухоли и полипы, подвергаясь воспалению, некрозу и распаду, приводят к кровотечению, которое у отдельных больных может принимать профузный характер.

При появлении кровотечения клинические проявления будут зависеть от локализации источника. У 1,93% больных с доброкачественными опухолями в пищеводе и желудке отмечалась кровавая рвота и общие признаки геморрагии. У 2,9% больных доброкачественные опухоли и полипы локализовались в тонкой и толстой кишке. У 0,65% кровотечение проявилось меленой и у 2,26% больных - выделением алой крови во время дефекации. Боли в животе носили неопределенный характер. В связи с этим установление причины и места локализации источника кровотечения, особенно в экстренном порядке, бывает весьма трудным.

4.6 ЭРОЗИВНЫЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ГАСТРИТЫ

Острые и хронические гастриты в стадии обострения осложняются острыми кровотечениями и составляют от 5 (С. М. Бова, 1967) до 17,4% (С. И. Корхов с соавт., 1957) среди желудочно-кишечных кровотечений различной этиологии.

Распознавание причины острого желудочно-кишечного кровотечения при эрозивном гастрите представляет значительные трудности, так как абсолютных признаков этого заболевания не существует. Несмотря на это, у таких больных необходимо самым тщательным образом изучать анамнез и жалобы. При поступлении в клинику у 61% больных основной жалобой оказалась рвота кровью или массами цвета кофейной гущи: у 43%— однократная и у 18%—повторная. Дегтеобразный стул был у 49% больных. У 52,6% имелись жалобы на боль в эпигастральной области. При пальпации у 66,5% больных живот оказался болезненным в эпигастральной области.

Несомненно, более ценным исследованием является гастрофиброскопия, позволяющая обнаружить прямые объективные признаки—эрозии.

Диагностическое значение исследования секреторной и ферментативной функции желудка при эрозивном гастрите невелико, так как повышение и понижение этих показателей встречается одинаково часто.

4.7 КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И КАРДИИ

Одним из проявлений портальной гипертензии является острое кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка. Портальная гипертензия возникает в результате внутрипеченочного и внепеченочного поражения вен. Причиной внутрипеченочного блока является цирроз печени и, редко, рак печени. Поражение внепеченочных сосудов ведет к развитию допеченочного блока, в результате облитерации воротной вены и ее крупных ветвей. Реже встречается послепеченочное поражение печеночных вен - послепеченочный блок. По данным М. Д. Пациора и Л. М. Карпмана (1967), внутрипеченочная форма портальной гипертензии наблюдается в 51%, внепеченочная форма - в 49%.

Развитию расширения вен пищевода и кардии обычно способствуют два основных фактора — повышение портального давления и наличие анатомических коллатералей между портальной и кавальной системами. Портальная гипертензия способствует обратному току крови из воротной вены через венечную вену желудка в вены пищевода и верхнюю полую вену. Повышение портального давления при недостаточно развитых анастомозах между венами пищевода и венами системы верхней полой вены вызывает расширение, удлинение, извилистость и образование узлов.

Если анатомические связи между венами желудка и пищевода отсутствуют, то наступает расширение только вен желудка. Первый вариант, когда в результате поражения селезеночной вены отток осуществляется через вены желудка в воротную вену или ее анастомозы. Второй вариант, когда развитие анастомозов идет через вены желудка, надпочечниковую, диафрагмальную и забрюшинные вены с сосудами кавальной системы.

Расширение и нарушение целости вен чаще наблюдается в нижней, реже в средней части и совсем редко — на всем протяжении пищевода. В желудке венечная вена расширяется у места перехода ее в вены пищевода и очень редко расширяются вены проксимальной части желудка.

Острые кровотечения из варикозных вен пищевода и кардии встречаются от 8,9 (Б. С. Розанов, 1960) до 10,43% (Б. А. Петров, И. И. Кучеренко, 1961). Этот вид кровотечений занимает четвертое место среди всех кровотечений и третье место среди неязвенных геморрагий. Острое кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии начинается внезапно кровавой рвотой (76,91%), слабостью, головокружением и дегтеобразным стулом (21,38%) и обмороком (1,71%). Кровавая рвота, как правило, обильная, характеризуется выделением алой крови и у 64,95% больных она повторялась от 2 до 14 раз. При профузных кровотечениях кровь выделяется «фонтаном» или «полным ртом» и тут же быстро сворачивается, превращаясь в желеобразную массу. Боли в эпигастральной области или правом подреберье отмечали 34,19% больных, у 65,81 % — болей в животе не было.

4.8 ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Одним из осложнений грыж пищеводного отверстия диафрагмы являются кровотечение и анемия, описанные впервые Carman, Fineman, (1924) и Hedbloom (1925). Частота этих осложнений среди грыж пищеводного отверстия колеблется от 11 до 53,2%. Грыжа пищеводного отверстия как причина желудочного кровотечения встречается нечасто.

Острая геморрагия проявляется рвотой кровью, рвотой массами цвета «кофейной гущи», черным стулом.

Желудочные кровотечения, обычно наблюдаются при больших смешанных грыжах, реже при околопищеводных и скользящих грыжах (М. П. Гвоздев, 1972). Причиной желудочного кровотечения является нарушение соотношения устойчивости слизистой к повышению внутрижелудочного давления, венозной гипертензии механической травме, вызываемой грубой пищей и другими раздражающими агентами. Малейшее повреждение слизистой при венозной гипертензии и явлениях гастрита в грыжевом мешке может вызвать желудочное кровотечение. При разрыве слизистой, развитии острых эррозий и язв кровотечение может носить массивный характер.

Диагностика острых желудочных кровотечений, возникающих при грыже пищеводного отверстия, представляет значительные трудности, так как классические симптомы в разгар геморрагии весьма скудны. Ведущее значение в диагностике принадлежит рентгенологическому исследованию, которое следует проводить с помощью густого и жидкого бария, как в вертикальном и горизонтальном положении туловища, так и с его поворотами. Следует использовать прием глубокого вдоха и искусственного кашля, положение Тренделенбурга, поднятие вытянутых ног и давление на эпигастральную область (Н. Н. Каншин, 1963; Б. А. Петров с соавт., 1966; М.П.Гвоздев, 1972).

Эзофагоскопия и гастрофиброскопия, зондирование нижней трети пищевода по методу Н. Н. Каншина (1964), функциональная проба на эзофагит могут быть использованы для уточнения диагноза после прекращения кровотечения. По данным М. П. Гвоздева (1972), важное диагностическое значение имеет радиотелеметрическое исследование рефлюкса желудочного содержимого в пищевод. Это исследование позволяет выявить начальные формы грыжи пищеводного отверстия, но возможно только при наличии в желудке кислого содержимого.

4.9 СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Острые желудочно-кишечные кровотечения на почве системных заболеваний крови встречаются нечасто. По данным Б. С. Розанова—в 7,4%, а по данным В. Д. Братусь—в 3,5% всех желудочно-кишечных кровотечений. Среди больных с неязвенными кровотечениями их число достигает 13% (С. М. Бова, 1967).

Острый лейкоз возникает внезапно и проявляется слабостью, головокружением, высокой температурой, ознобом, бледностью кожных покровов и слизистых, кровоизлияниями в кожу, кровотечениями из десен, носа, матки и слизистых желудочно-кишечного тракта. Иногда появляются плотные и безболезненные лимфатические узлы, в 25—40% увеличивается печень и селезенка, в 30% —имеют место некротические изменения в глотке и на слизистой пищеварительного тракта. Постоянным симптомом являете анемия, которая может носит нормохромный, гиперхромный и реже гипохромный характер. Количество лейкоцитов может достигать 100000—200000 в 1мл, а при лейкопенической форме, встречающейся в 40—50%, число лейкоцитов значительно падает. Наиболее верным диагностическим признаком является морфологическая картина белой крови, характеризующаяся появлением гемоцитобластов, миелобластов, лимфобластов и ретикулярных лейкемических клеток. Иногда же в периферической крови изменения могут оказаться незначительными и диагноз представляет значительные трудности. В таких случаях весьма ценное диагностическое значение приобретает стернальная пункция и изучение миелограммы.

Только на основании данных миелограммы нам удалось установить причину анемии. В развитии анемии при остром лейкоз имеет значение редукция эритропоэза в связи с резчайшей гемоцитобластной метаплазией, повышенный рост гемолиза и профузные кровотечения (И. А. Кассирский, Г. А. Алексеев, 1970).

Профузные кровотечения при лейкозах возникаю не только в результате резкой кровоточивости сосудов, как это считает В. Д. Братусь (1971), но и в результате язвенно-некротических поражений слизистых желудочно-кишечного тракта с образованием острых язв.

Хронические лейкозы встречаются чаще острых и могут поражать любой возраст. Хронический миелолейкоз наблюдается у взрослых и детей. Длительность жизни колеблется от 1 до 10 лет и более. Хронический лимфолейкоз—болезнь среднего и пожилого возраста. Лимфатические узлы лежат отдельно друг от друга, плотные и безболезненные. Печень и селезенка увеличены, но не достигают таких размеров, как при хроническом миелозе. Диагноз подтверждается при исследовании периферической крови и костного мозга. Продолжительность жизни при хроническом лимфолейкозе больше, чем при хроническом миелолейкозе. Больные живут в течение 20—30 лет. Формы болезни с выраженной анемией, геморрагическим диатезом (при тромбоцитопении) и общими дистрофическими расстройствами протекают более злокачественно (И. А. Кассирский, Г. А. Алексеев, 1970).

Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн—Геноха). Геморрагический васкулит характеризуется кровоизлияниями в кожу, слизистые оболочки и подсерозные оболочки в результате повышенной проницаемости сосудистой стенки. Это полиэтиологичное заболевание токсико-(иммуно)-аллергического характера, имеет патогенетическую общность с ревматизмом и узелковым периартериитом. Это заболевание встречается редко.

Клиническое течение болезни отличается как острой молниеносной, так и хронической рецидивирующей формами. Заболевание проявляется геморрагическими высыпаниями, которые чаще локализуются на нижних конечностях вокруг суставов. Нередко наблюдаются схваткообразные боли в животе, связанные с субсерозными кровоизлияниями или кровотечениями из слизистой желудочно-кишечного тракта. Возможны боли в суставах, маточные кровотечения и гематурия.

Хирургу приходится иметь обычно дело с острыми желудочно-кишечными кровотечениями при абдоминальной пурпуре. Ранняя диагностика, до появления кожных высыпаний, представляет большие трудности. Больные поступают в хирургические от деления с диагнозами: «острый аппендицит», «кишечная непроходимость», «острый живот», «кишечное кровотечение». В тяжелых случаях наблюдается гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, относительная тромбоцитопения. Нарушений .свертывающей и антисвертывающей систем крови не наблюдается. Кровотечение проявляется рвотой с примесью крови или масс цвета кофейной гущи, дегтеобразным или черным стулом.

При острых кровотечениях этой этиологии имеет важное диагностическое значение экстренная гастрофиброскопия, позволяющая обнаружить геморрагии и эрозивные изменения слизистой желудка Срочная рентгеноскопия может быть полезной в плане дифференциальной диагностики, так как позволяет исключить грубые морфологические изменения органов пищеварения.

Гемофилия. Наследственное заболевание, проявляющееся нарушением свертываемости крови и повышенной кровоточивостью. Гемофилией болеют мужчины. Заболевание может передаваться от отца-гемофилика здоровой дочерью внуку, хотя сами женщины— «кондукторы» гемофилии—редко имеют явления кровоточивости. Основной причиной гемофилии является недостаточное образование плазменного тромбопластина, который необходим для быстрого свертывания крови в момент травмы и кровотечения. При недостатке тромбопластиногена плазмы или антигемофильного глобулина (VIII фактор) наблюдается гемофилия А, которая составляет 85—90% всех больных; если имеется недостаток плазменного компонента тромбопластина (IX фактор), то развивается гемофилия В, составляющая 10—15% всех случаев заболевания.

Кровоточивость при гемофилии обнаруживают обычно в раннем детском возрасте. Кровотечения возникают при механической травме и даже при напряжении, когда появляются желудочно-кишечные кровотечения, подкожные, внутримышечные и внутрисуставные кровоизлияния.

Острые желудочно-кишечные кровотечения на почве гемофилии встречаются редко, частота ее составляет около 1:50000.

Под нашим наблюдением находился 1 больной с гемофилией А, поступивший на 3-е сутки от начала кишечного кровотечения с жалобами на черный стул. Больной сразу же сообщил, что он страдает гемофилией и находится на диспансерном учете. Кишечное кровотечение появилось впервые. При обследовании обнаружена тяжелая степень кровопотери, время свертывания крови было удлинено до 25 мин

Значительную опасность может представлять сочетание гемофилии и язвенной болезни (А. Л. Пхакадзе, 1957; С. М. Бова, 1967, и др.), когда кровотечение представляет непосредственную угрозу жизни и может закончиться летальным исходом.

Тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Это заболевание занимает первое место среди всех форм геморрагического диатеза. Наиболее часто поражает женщин в период полового созревания и в период менопаузы. Принято выделять острое, хроническое и рецидивирующее течение тромбоцитопенических пурпур.

Для этого заболевания характерными признаками являются множественные кровоизлияния и кровоподтеки, носовые, маточные геморрагии и кровотечения из десен. Около 5% больных отмечают острые желудочно-кишечные кровотечения. Около 1/4 больных имеют увеличенную селезенку, у значительной части больных положительный симптом Кончаловского.

Диагноз подтверждается наличием тромбоцитопении (ниже 50000 в 1 мл), анемии, лейкоцитоза или лейкопении, увеличением продолжительности кровотечения, замедлением свертываемость крови, нарушением ретракции кровяного сгустка. В разгар кровотечения отмечается гиперплазия гигантоклеточного аппарата костного мозга (200—300 мегакариоцитов в 1 мл). Тромбопеническая пурпура встречается нечасто, и даже в известных монография; приводятся только единичные наблюдения.

Злокачественное малокровие (болезнь Аддисона—Бирмера). Острые желудочно-кишечные кровотечения при злокачественном малокровии встречаются редко (С. М. Бова, 1967). Пернициозно-анемический синдром рассматривают как проявление эндогенного В12-авитаминоза, приводящего к расстройству митотических процессов в кроветворных клетках—эритробластах костного мозга. Процессы кроветворения не компенсируют процессов кроворазрушения, что и ведет к развитию малокровия (И. А. Кассирский, Г. А. Алексеев, 1970).

В связи с анемией развивается гипоксическое состояние организма, в том числе и органов пищеварительной системы. Гипоксия оказывает неблагоприятное влияние на атрофичную слизистую желудка, которая становится весьма неустойчивой к воздействию острой пищи, лекарственных препаратов и других раздражающих факторов. В период рецидива обострения и усиленного распада эритроцитов возможно образование эрозий слизистой желудка и развитие геморрагического диатеза, проявляющегося острым желудочно-кишечным кровотечением.

У больных появляется слабость, головокружение, шум в ушах, потеря аппетита, поносы, явления глоссита, бледность кожных покровов с лимонно-желтым оттенком, одутловатость лица и отеки нижних конечностей. При гастрофиброскопии и рентгеноскопии отмечается атрофия и сглаженность складок слизистой желудка. При исследовании крови наблюдалось резкое малокровие: эр.— 1 160000, НЬ—5,2—7 г%, цв. пок.—1,0, наличие макроцитов и мегалоцитов. В костномозговом пунктате наблюдается абсолютное преобладание эритробластов.

Дифференциальный диагноз злокачественного малокровия, осложненного острым кровотечением, может представлять значительные трудности. Следует использовать как анамнез и клиническое течение, так и лабораторные, рентгенологические и гастрофибро-скопические данные.

4.10 ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Атеросклероз и гипертоническая болезнь. Общий атеросклероз и гипертоническая болезнь могут оказаться причиной острых желудочно-кишечных кровотечений. Среди неязвенных геморрагий они составляют от 2,28 (В. И. Стручков, Э. В. Луцевич, 1971) до 4,3% (В. Д. Братусь, 1972). Патогенез их изучен недостаточно. По мнению В. Д. Братусь (1972), первопричиной желудочных кровотечений этой этиологии является генерализованный атеросклероз, спазм и ломкость сосудов под влиянием малозаметных механических и химических факторов. При атеросклерозе и гипертонической болезни повышается проницаемость мелких сосудов и капилляров, что может привести к желудочному кровотечению.

По некоторым данным, основной причиной геморрагии при атеросклерозе и гипертонической болезни являются острые язвы и эрозии желудочно-кишечного тракта. Эти кровотечения носят аррозивный характер, что было подтверждено во время операции или на аутопсии. По-видимому, спазм и тромбоз мелких сосудов желудка, наблюдающиеся при атеросклерозе к гипертонической болезни, вызывают гипоксию слизистой желудка и понижают устойчивость ее к воздействию желудочного сока, пищевых и лекарственных веществ. Активность кислотно-пептического фактора играет не последнюю роль в развитии острой язвы, так как она наиболее часто локализуется в желудке.

Под нашим наблюдением находились 74 (4,17%) больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, причиной которых являлись атеросклероз и гипертоническая болезнь. У 51 из них обнаружена острая язва, осложненная кровотечением. Эти геморрагии нередко носят массивный характер. Высокое кровяное давление способствует обильному кровотечению даже из мелких сосудов, которое может привести к летальному исходу. Больше половины наших больных (38 из 74) имели геморрагии с тяжелой степенью кровопотери.

Установление причины и локализации источника кровотечения у лиц с гипертонической болезнью и атеросклерозом представляет значительные трудности. Все больные были старше 50 лет и не имели желудочного анамнеза. Кровотечение начиналось внезапно рвотой кровью или рвотой массами цвета кофейной гущи, дегтеобразным стулом или их сочетанием. Только у 4 больных кровотечения отмечались в прошлом. Кроме того, возможно сочетание язвенной болезни с атеросклерозом и гипертонической болезнью. Это наблюдается у больных пожилого и старческого возраста, когда язвенная болезнь более часто сопровождается острым кровотечением (А. И. Горбашко, 1965; А. Г. Гукасян, А. Ю. Иванова-Незнамова, 1965; А. С. Зазимко, 1965; Н. С. Анишин, А. Т. Тихий, 1972, и др.). Бессимптомное течение язвенной болезни в этом возрасте встречается в 26,9% (А. И. Горбашко, 1967). Поэтому анамнез и жалобы больного не всегда могут помочь в диагностике причины кровотечения. В связи с этим важное значение приобретает рентгеноскопия и гастрофиброскопия. Если первый метод исследования позволяет исключить или выявить значительные органические изменения, то гастрофиброскопия дает возможность обнаружить структурные изменения слизистой, эрозии и плоские острые язвы.

Дивертикулы органов пищеварительного тракта. Дивертикулы пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тощей, подвздошной и толстой кишки могут осложняться кровотечением. Причиной кровотечения являются воспаление, изъязвление и аррозия артериальных или венозных сосудов стенки дивертикула. Эти кровотечения, по мнению С. М. Бова (1967) и В. Д. Братусь (1972), встречаются нечасто, и авторы приводят лишь единичные наблюдения. В своей монографии А. Г. Земляной (1970) описывает большое количество дивертикулов различной локализации, осложненных острым кровотечением.

Клиническая картина при дивертикулах пищевода зависит от явлений дивертикулита и степени кровопотери. Больные жалуются на боль за грудиной или в эпигастральной области, рвоту кровью, слабость и головокружение. Клиническая картина дивертикулов желудка, осложненных острым кровотечением, напоминает чаще всего геморрагию язвенной этиологии. Обнаружить дивертикул желудка нелегко даже при операции. В связи с этим А.Г.Земляной (1970) предлагает во время оперативного вмешательства прибегать к раздуванию желудка воздухом и только после получения отрицательных результатов производить гастротомию и осматривать слизистую желудка

Синдром Маллори—Вейсса. Разрывы слизистой кардиоэзофагальной зоны впервые описали Mallory и Weiss в 1929 г. В настоящее время это кровотечение не является редкостью. Причиной кровотечения обычно является повторная рвота, ведущая к повышению внутрижелудочного давления и разрыву слизистой.

Под нашим наблюдением находилось 3 больных, доставленных в клинику с острым желудочным кровотечением с тяжелой степенью кровопотери, у которых установлен разрыв слизистой кардиального отдела желудка. Это были молодые, крепкие мужчины, регулярно употреблявшие водку. Заболевание возникало на следующий день после тяжелого опьянения и начиналось повторной мучительной рвотой. Первые позывы сопровождались выделением желудочного содержимого или принятой жидкости. После 2—5 позывов появлялось обильнее выделение неизмененной крови и сгустков. Такое начало кровотечения является характерным для синдрома Маллори—Вейсса. Однако синдром Маллори—Вейсса может сочетаться с другими заболеваниями, сопровождающимися повторной рвотой, и следовательно, не является привилегией алкоголиков. При грыжах пищеводного отверстия (М.П.Гвоздев, 1972) и атрофии слизистой желудка разрывы могут возникать даже при незначительном повышении внутрижелудочного и внутрибрюшного давления.

Установить правильный диагноз как на основании клинической картины, так и рентгенологического исследования не удается. Это возможно сделать только при гастрофиброскопии (В. И. Стручков с соавт., 1970; В. С. Савельев с соавт., 1972, и др.). У 1 из наших больных разрыв слизистой выявлен с помощью гастрофиброскопии, и - была предложена операция, от которой он категорически отказался.

У 2 больных диагноз подтвержден во время операции. При вскрытии брюшной полости и осмотре желудка у 1 больного обнаружено обширное субсерозное кровоизлияние., распространяющееся от пищевода до пилорического отдела. Это является достоверным признаком синдрома Маллори—Вейсса при глубоких разрывах (А. И. Горбашко, Е. Н. Левковец, 1971), проникающих в толщу мышечного слоя.

4.11 КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ЛЕГКИХ, СИМУЛИРУЮЩИЕ ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Острые кровотечения при заболевании дыхательных путей и легких могут симулировать желудочно-кишечные геморрагии и представлять значительные трудности для диагностики, так как клиническое течение их не всегда является типичным.

Если кровь выделяется при кашле и имеет алый пенистый характер, а в анамнезе имеется заболевание легких, то установление диагноза каких-либо трудностей не представляет, Выявление характерных признаков при перкуссии и аускультации и рентгенологическая картина позволяют окончательно определить причину легочного кровотечения: туберкулез легких, хронический абсцесс, киста, рак легкого и бронхоэктазии.

Выбор метода лечения легочных кровотечений весьма сложен. До настоящего времени считают, что кровотечение из легких подлежит консервативному лечению, при котором летальность колеблется от 21,6 (Ю. Д. Яцожинский, с соавт., 1969) до 26,5% (И. В. Агофонов, 1965; П. Н. Фукс с соавт., 1965, и др.). Консервативное лечение оказывается неэффективным, так как легочные кровотечения отличаются массивностью и склонностью к рецидивам. В связи с этим ряд хирургов (Ю. А. Когосов, 1960; М. З.Соркин, 1965; В. А. Попиашвили, 1972, и др.) прибегают к резекции легких в неотложном и плановом порядке. Резекции легких при кровотечении, выполняемые в неотложном порядке в специализированном учреждении, дают летальность 7,52% (В. А. Попиашвили, 1972).

Таким образом, тактика хирурга при острых легочных кровотечениях должна определяться индивидуально. Профузные кровотечения с тяжелой степенью кровопотери, особенно рецидивирующие, являются показанием к неотложной операции—резекции легких.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Привес М.Г. “Анатомия человека”, М. “Медицина”, 1985 г.
2. Горбашко А.И. “Острые желудочно-кишечные кровотечения”, М. “Медицина”, 1987 г.
3. “Хирургия”, 1976 г., №6.
4. “Здравоохранение Таджикистана”, 1988 г., №3.
5. “Здравоохранение Казахстана”, 1978 г., №9ю
6. “Хирургия”, 1974 г., №4.
7. “Клиническая хирургия”, 1983, №4.