

ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ПРИЗНАК НЕУСТОЙЧИВОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОМ ДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

В.К. Корытцев

Самарская городская больница №1 им. Н.И. Пирогова (главврач — П.Н. Ромашев)

Большинство хирургов, занимающихся лечением больных с кровотечением из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, в настоящее время придерживаются активной индивидуализированной тактики [3], поскольку именно такой подход дает наилучшие результаты [1]. Но если тактика лечения у пациентов с кровотечением из язвы, локализующейся в желудке, более или менее адекватна, то в отношении больных с кровоточащими дуоденальными язвами дело обстоит совершенно иначе [4]. Роль фиброгастродуоденоскопического исследования в диагностике желудочно-кишечных кровотечений является бесспорной. При этом вопросы прогнозирования возобновления кровотечения из язвы остаются наименее разработанными [4].

В данной работе произведена попытка определить эндоскопический признак неустойчивости гемостаза при кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки, выявление которого позволило бы более четко решать тактические вопросы.

Исследование проводилось ретроспективно. Сначала мы проанализировали историю болезни 542 пациентов, которые поступали в экстренном порядке в городской центр по лечению желудочно-кишечных кровотечений с клиникой желудочно-кишечного кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки. Среди этих больных было 29 пациентов (мужчин — 24, женщин — 5), которые были прооперированы по поводу рецидива кровотечения из дуоденальной язвы только в сроки от 2 до 5 суток. Эти 29 больных и были включены в исследование. Средний возраст прооперированных составил 45,2 ± 11,7 года. При поступлении все больные без исключения прошли тщательное физикальное обследование. Из лабораторных тестов выполняли анализ крови на содержание гемоглобина, эритроцитов, группу крови и резус-фактор, время свертывания крови, гематокрит, протромбиновый индекс и фибриноген. Тяжесть кровопотери определяли по классификации А.И. Горбашко [2]. Для верификации диагноза вы-

полняли фиброгастродуоденоскопию по стандартной методике. При этом обращали внимание на наличие или отсутствие в просвете желудочно-кишечного тракта крови, язвенных дефектов, их диаметр и локализацию. Мы оценивали в динамике такие показатели, как гемоглобин и количество эритроцитов крови, время свертывания крови.

Рецидив кровотечения из дуоденальной язвы диагностировали при появлении клинических признаков возобновления кровотечения — рвоты кровью или "кофейной гущей", мелены, нарастания слабости, а также снижения АД, показателей гемоглобина и эритроцитов крови.

Ретроспективный анализ результатов фиброгастродуоденоскопических исследований показал, что у 6 из 29 пациентов заключение было абсолютно одинаковым: "луковица двенадцатиперстной кишки заполнена крупным рыхлым тромбом, осмотреть стенки кишки невозможно". При этом отмывание тромба не производилось из-за опасности возобновления кровотечения. У всех пациентов, у которых был обнаружен описанный признак, в последующем через 12—24 часа при повторном фиброгастродуоденоскопическом исследовании была диагностирована язва задней стенки двенадцатиперстной кишки.

У всех 6 пациентов с описанным эндоскопическим признаком на операции по поводу рецидива кровотечения была обнаружена крупная язва задней стенки двенадцатиперстной кишки, пенетрирующая в поджелудочную железу с аррозией крупного сосуда. Всем пациентам была выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Витебского с ушиванием культи двенадцатиперстной кишки по Ниссену.

Выявив данный эндоскопический признак у больных с рецидивом кровотечения, мы вновь проанализировали результаты фиброгастродуоденоскопического исследования у пациентов без рецидива кровотечения. Этого признака не нашли ни у одного из пациентов без рецидива кровотечения.

Среди больных, поступивших в стационар с клиникой желудочно-кишечного кровотечения, наибольшую проблему составляют пациенты с язвенным дуоденальным кровотечением, у которых на момент поступления нет явных показаний к операции. Эта группа сложна тем, что в случае возобновления кровотечения их состояние в сравнении с исходным резко ухудшается. Поэтому выделение каких-либо патогномоничных признаков возможного рецидива кровотечения является чрезвычайно актуальной задачей. Найденный нами признак без сомнения можно отнести к таковым. Это подтверждается прежде всего сочетанием данных фиброгастродуоденоскопического исследования с такими интраоперационными находками, как крупная язва задней стенки двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу и аррозией крупного сосуда. Наличие описанного эндоскопического признака свидетельствует о том, что источником кровотечения является аррозированная артерия в дне язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки, а это, в свою очередь, свидетельствует о ненадежности остановки кровотечения.

Исходя из того, что у всех больных в ближайшие дни после поступления развился рецидив кровотечения и на операции было установлено сочетание крупной язвы задней стенки двенадца-

типерстной кишки, пенетрирующей в поджелудочную железу, и аррозии крупного сосуда, мы сделали заключение о патогномоничности этого эндоскопического признака в плане прогнозирования повторного кровотечения. При расчете по общепризнанной методике оказалось, что чувствительность описанного нами признака приближается к 100%, а его специфичность составила 95,7%.

Мы рекомендуем практическому хирургу при выявлении описанного эндоскопического признака провести операцию в срочном порядке до развития рецидива кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Михайлов А.П., Акимов В.П. // Вестн. хирургии. — 1997. — № 3. — С. 35—39.
2. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. — М., 1974.
3. Горбашко А.И. // Вестн. хирургии. — 1980. — № 12. — С. 28—34.
4. Ратнер Г.А., Корытцев В.К., Катков С.А. // Хирургия. — 1999. — №6. — С.23—24.

Поступила 20.10.01.

PATHOGNOMONIC SIGN OF UNSTABLE HEMOSTASIS IN ULCEROUS DUODENAL HEMORRHAGE

V.K. Koryttsev

Summary

It is established that if in fibrogastroduodenoscopic examination the duodenal bulb is filled with large and friable thrombus, hemorrhage relapse excites apprehension. The urgent operative treatment is recommended in revealing this pattern.

УДК 617.55—001—06:617.553—005.1.005

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБРЮШИННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

С.В. Добровлашин, А.Х. Давлетшин

Кафедра травматологии, ортопедии, хирургии экстремальных состояний (зав. - проф. И.Ф. Ахтямов), кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией (и.о. зав. — доц. Ф.Г. Биккинеев) Казанского государственного медицинского университета

Забрюшинные кровоизлияния при травме живота представляют один из самых сложных разделов неотложной хирургии. До сих пор не решен вопрос об их классификации. В литературе имеются данные о классификации забрюшинных гематом при переломах костей таза [2] и закрытых травмах живота [1, 3], однако больше в историческом аспекте, чем в практическом.

Предлагаемая клиничко-анатомическая классификация основана на резуль-

татах экспериментальных исследований, которые выполнены на неформализованных трупах скоропостижно скончавшихся людей в танатологическом отделении (зав. - А.М. Ширяк) Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ (начальник - канд. мед. наук Ю.П. Калинин). Принципиальное отличие нашего метода от других заключается в том, что окрашенную индигокармином или метиленовой синью жидкость, обладающую рентгеноконт-