

в эпидемиологическом отношении протекают несколько неодинаково в смысле самого характера болезненных явлений, их интенсивности и стойкости. Едва ли это зависит лишь от индивидуальных особенностей больных. Причину этого различия следует усматривать в различии самих типов *Brucella* и в их неодинаковом влиянии на животный организм. Клиника и должна дать определенную характеристику этих двух (а быть может и больше) вариантов *Brucella* или же установить их тождество.

Из Первой хирургической клиники Одесского медич. института
(дир. проф. Н. Н. Соколов).

Послеоперационные кровотечения у больных с резекцией желудка.

В. И. Годик и Л. Е. Корыткин-Новиков

За последние годы появились в литературе указания на то, что наблюдающиеся послеоперационные кровотечения у желудочных больных зависят, главным образом, от биологических изменений крови — наличия у таких больных тромбопении, понижения свертываемости крови и лейкопении. Мы задались целью проверить указанное мнение на нашем клиническом материале.

Кровотечения, которые мы наблюдали у наших больных после операции резекции желудка, можно подразделить на два вида: 1. Кровотечения темной кровью, 2. Кровотечения алой кровью.

Первые, в виде небольших сгустиваний темной жидкой или уже свернувшейся кровью, наблюдавшиеся у нас в значительном % случаев, появлялись на 1-ый или 2-ой день после операции и прекращались на 2-ой же или 3-й день почти без всякой терапии.

Этот вид кровотечения мы объясняем, главным образом, затеканием крови во время наложения соустья в полость желудка и кишки, а также набуханием слизистой анастомоза. Из наблюдавшихся у нас за последний год 36 кровотечений темной кровью на 135 резекций желудка, все окончились благополучно на 2—3-й день.

Особый интерес представляют кровотечения алой кровью, так как они, собственно, и приводят к острым анемиям, нередко оканчивающимся смертью.

Это послеоперационное осложнение, наблюдающееся при различных операциях на желудке: *gastroenterostomia ante et retro colica*, резекции по В I, В II, со всеми модификациями и при различных способах наложения соустья, дает, по литературным данным, довольно большой % смертности. По сводной таблице Орлова на 79 кровотечений было 40 смертных исходов. У некоторых же авторов этот % падает до ничтожных цифр. На 20 наблюдавшихся нами кровотечениях после резекции желудка было 3 смертельных исхода, т. е. 15% смертности.

Последовательные желудочные кровотечения могут наступить как из краев соустья, так и из оставленной язвы. Наконец, может кровоточить вся слизистая желудка на почве тромбоза и эмболии мелких сосудов. В среднем, кровотечения наступают у 4—5% больных, оперированных по поводу язвы желудка (Добровровский, Jungbluth). Эти данные относятся к операциям гастро-энтеростомии.

Принимая в основном, что кровотечение может наступить как из оставленной язвы, так и из краев анастомоза, следует отметить, что резекции должны были бы давать меньшее количество кровотечений нежели г—з, поскольку при резекциях (не считая паллиативных) исключена возможность кровотечения из язвы.

На обследованном нами материале мы подтверждение этому не получаем: на 540 резекций мы наблюдали 20 кровотечений или—3,7%, цифра, близкая к данным вышеприведенных авторов. Указанное обстоятельство заставляет нас думать, что края соустья являются наиболее частым источником послеоперационных кровотечений.

Возрастные особенности кровоточивших у нас больных колеблются от самого раннего возраста до относительно старого (см. табл. 1).

Таблица 1.

№№ по по-	Больные	Возраст	Д и а г н о з	Операция	Время наступления кровотечения.	Релапаротомированы	И с х о д
1	С.	52	Ulc. p. jejuni.	В II	Сейчас же.	—	Выздоровел.
2	М.	46	Ulcus ventr.	В II	"	—	"
3	К.	26	Ulcus ventr.	В I	"	—	"
4	В.	26	Ulcus ventr.	В II	"	Вторично опериров.	"
5	Л.	46	Ulcus ventr.	В II	"	—	"
6	Ф.	64	Ulcus ventr.	В II	"	—	"
7	Э.	40	Ulc. duodeni.	В II	На 25 день	—	"
8	О.	26	Ulc. duodeni.	В II	Сейчас же	—	"
9	С.	20	Ulc. duodeni.	В II	Через 2 ч.	—	Умер на 2-й день.
10	Г.	30	Ulc. duodeni.	В II	На 20 день	—	Выздоровел.
11	Г.	31	Ulc. duod. perf.	В II	Через 3 ч.	—	"
12	К.	37	Ulc. duodeni.	В II	Через 2 ч.	—	Умер на 3-й день.
13	Н.	44	Ulcus ventr.	В II	Сейчас же	—	Выздоровел.
14	Ш.	33	Ulc. duodeni.	В II	На 6 день	Вторично опериров.	Умер на 11 день после опер.
15	Г.	52	Ulc. ventr.	В II	Сейчас же	—	Выздоровел.
16	В.	39	Ulc. duodeni.	В II	Через 2 ч.	—	"
17	Б.	48	Ulc. duodeni.	В II	Через 4 ч.	—	"
18	Г.	55	Ulc. ventr.	В II	Сейчас же	—	"
19	С.	35	Ulc. duodeni.	В II	Через 5 ч.	—	"
20	Л.	24	Ulc. duodeni.	В II	Сейчас же	—	"

От 20 до 30 л. кровоточило 6 чел.
 " 30 " 40 " " 6 "
 " 40 " 50 " " 4 "
 " 50 " 60 " " 3 "
 свыше—60 лет. " 1 "

Восемь кровоточивших больных страдали до операции язвой желудка на протяжении от 1½ до 12 лет. Десять человек страдало язвой 12-п. кишки на протяжении от 2 до 13 лет. Один больной страдал Ulc. p. Je-juni в течение 4 лет и, наконец, один больной оперирован по поводу перфорации язвы 12-п. кишки, наступившей неожиданно, без каких-либо явлений до перфорации.

В 19 случаях из 20 была произведена операция В. П. с модификацией Reichel-Polya и только в одном случае—В. I.

Кровотечение наступило сейчас-же или через несколько часов после операции—в 17 случаях, на 6-й день—в 1 случае, на 20 день—в 1 случае и на 25 день—в 1 случае.

Оставляя в стороне вопрос о кровотечениях из оставленной язвы, поскольку описываемый нами материал является исключительно резекционным, мы хотим остановиться лишь на кровотечениях из краев соустья.

Кровотечения из анастомоза могут быть обусловлены причинами технического порядка или биологическими свойствами организма. Гальнерин, Jungbluth считают, что при правильной оперативной технике (оперирование—без зажимов, тщательное лигирование сосудов и отдельный шов на слизистую) можно совершенно исключить кровотечения из краев соустья. KlabbeI считает, что кровотечение может иногда зависеть от liabilityности кровеносной системы—повышенной наклонности к кровотечениям. В одном из случаев KlabbeI была увеличена селезенка, а картина крови указывала на лейкопению и тромбопению. Далее KlabbeI указывает, что кровотечения эти наступали лишь при гастро-энтеростомии по поводу язвы и никогда у карциноматозных больных. В качестве веского аргумента KlabbeI приводит случай, когда он дважды накладывал гастро-энтеростомию одному и тому же больному и как при первой, так и при второй операции наступило сильное кровотечение, несмотря на самые тщательные попытки предупредить кровотечения. Указанные доводы приводят KlabbeI к мысли, что здесь играют роль не технические недостатки операции, а биологические свойства организма.

Wolfsohn также приходит к мысли о биологической причине подобных кровотечений.

Кроме лейкопении и тромбопении, некоторые авторы указывают также на пониженную свертываемость крови у язвенных больных.

Valfour указывает, что у больных, которые кровоточили и до операции, бывает 13% кровотечений, а у больных, ранее никогда не кровоточивших, только 0,9% (питировано у Ogloblinой). В наших случаях только трое отмечают в анамнезе кровотечения до операции, остальные 17 больных никогда ранее не кровоточили.

Nasgeli произведено у 42 больных Военской хирургической клиники подробное исследование крови. Причем 29 больных были с желудочными заболеваниями (язва желудка, язва 12-п. кишки, рак желудка), и для сравнения были привлечены еще 13 пациентов с различными другими заболеваниями. Было произведено исследование крови как до, так и после операции, принимая во внимание послеоперационное нарушение кровообращения и разрушение эритроцитов. Исследования Nasgeli показали, что операции по поводу язвенных заболеваний в отношении постоперационного нанесения ущерба эритроцитам, тромбоцитам и изменению резистентности эритроцитов по отношению к гипертооническим солевым растворам, являясь не отличающейся от оперативных вмешательств по поводу других заболеваний. Точно так же Nasgeli не было найдено и перед оперативным вмешательством каких-либо особых отклонений в крови у язвенных больных, т. е. никаких опорных пунктов для эндогенной причины наклонности к кровотечениям.

Нами на материале пропедевтической хирургической клиники проведено подробное исследование крови у 50 больных с язвами желудка и 12-п. кишки.

Исследование касалось количества лейкоцитов, тромбоцитов, эритроцитов, гемоглобина, цв. показателя, резистентности эритроцитов, свертывае-

могли и лейкоцитарные формулы. Причем исследования были произведены как до, так и (у некоторых больных) и после операции.

У 3-х из обследованных больных с язвой 12-п. кишки, у которых произведена резекция желудка по В. II с видоизменением Reichel-Polya, после операции началась кровавая рвота алой кровью, причем у одного из 3-х вышеуказанных больных исследование крови произведено только после операции.

Привожу вкратце историю болезни:

1) Г., 31 года. *Ulcus duodeni perforans*. До перфорации язва о себе не давала знать. Оперирован 7/III 1932 г. под наркозом. Резекция желудка по В. II, клеммы на jejunum и каллеи. Через 2 часа обильная рвота алой кровью, повторившаяся в течение дня несколько раз. Резкая бледность. Пульс 140. Введен 10% хлористый кальций, под кожу физиологический раствор. Аутогемотерапия. На 2-й день кровотечение остановилось. На 7-й день дефекация стул. Выздоровление.

2) С., 35 лет. *Ulcus duodeni*. Считает себя больным 8 лет. 15/XI под местной анестезией операция—резекция желудка В. II, с видоизменением Reichel-Polya. Через пять часов кровотечение алой кровью около 200 см³. В течение дня кровотечение повторилось 3 раза. Покой, лед на живот. Аутогемотерапия. Кровотечение остановилось. Послеоперационный период протекал гладко. Выздоровление.

3) Д., 24 лет. *Ulcus duodeni*. Считает себя больным 6 лет. Два раза наблюдал черную рвоту. 14/XII под местной анестезией сделала резекция желудка по В. II с модификацией Reichel-Polya. Через час после операции обильная рвота алой кровью. К вечеру рвота повторилась. Лед на живот. 10% хлористый кальций. Физиологический раствор под кожу. Кровотечение остановилось. На 15 день выписался в хорошем состоянии.

Ни у одного из обследованных больных как у кровоточивших, так и у тех, у кого послеоперационный период протекал гладко, мы не нашли особых изменений в крови, могущих сделать нас сторонниками объяснения являющихся причинами послеоперационных желудочных кровотечений. Дальнейшие наблюдения убедили нас в том, что при усовершенствовании техники наложения соустья, действительно, можно это опасное осложнение избежать.

К моменту окончания наших исследований, т. е., к началу 1934 года мы прекратили накладывать клеммы на jejunum, а фиксировали последнюю двумя швами к желудку. Jejunum вскрывали скальпелем и затем тщательно лигировали кровоточащие сосуды. После этого накладывали отдельно обвивной шов на связистую.

Кроме указанной техники, в некотором % случаев применялось обкалывание сосудов желудка по Nabегегу, хотя проф. Соколов отрицательно относится к вышеописанному обкалыванию, считая, что оно ведет к атмизированию желудочного края анастомоза.

При описанной технике мы за время с января 1934 г. на 135 резекций не имели ни одного случая послеоперационного кровотечения алой кровью.

На основании изложенного мы считаем, что описанные авторами изменения в крови у язвенных больных являются, по мнению, факторами случайного характера, и их безусловно нельзя ставить в причинную связь с язвенными заболеваниями.

Клиническая картина последовательного кровотечения ясна как при наличии кровавой рвоты, которая бывает в большинстве случаев, так и по симптомам быстро наступающей анемии: бледность кожных покровов, слабый пульс, головокружение и общая слабость.

Терапия послеоперационных желудочных кровотечений заключается в консервативных мероприятиях и вторичном оперативном вмешательстве. Из консервативных мероприятий следует прежде всего указать на абсолютный покой и диету, лед на область желудка, введение эрготина, желатинны 20⁰/о.

Кабегег советует промывать желудок 1⁰/о раствором Arg. nitrici, пропуская его большим количеством—до 40 л. Спасокукоцкий применяет с успехом промывание желудка горячей водой. Соколов рекомендует повторное внутримышечное введение 5,0 раствора: Natr. chlor. 10,0, Calc. chlorati 4,0, Aq. destil. 30,0.

Многие авторы не без успеха применяют аутогемотерапию, промывание желудка ледяной водой, внутривенное введение 10⁰/о calc. chlorati. Гессе рекомендует переливание крови небольшими порциями 50—60 см³, дабы не очень повышать кровяное давление.

Из оперативных пособий, при последовательных кровотечениях после резекции желудка, нужно отметить гастротомию с последующим обшиванием анастомоза или обычную перевязку кровоточащих сосудов.

Последнее мероприятие, однако, реже применимо, так как не всегда после гастротомии удается найти кровоточащий сосуд.

Обратимся теперь к рассмотрению наших случаев.

Из 20 наблюдавшихся у нас кровотечений после резекции желудка—две были релапаротомированы. Сделана гастротомия. В одном случае желудок переполнен кровью, в области анастомоза—сгустки; в другом—желудок пуст, в кишках просвечивают темные массы, в области анастомоза небольшие сгустки. Сделано обшивание анастомоза. Последний случай окончился летально через несколько часов после релапаротомии и на 11 день после первой операции.

Во всех остальных случаях мы применяли консервативные методы лечения: промывание желудка теплой водой, аутогемотерапию и внутривенное введение кальция. Нам кажется, что вторичная операция, при последовательных за резекцией желудка кровотечениях, является предприятием не совсем выгодным, поскольку мы имеем дело с очень ослабленными кровотечениями и первой операцией пациентами. А падение кровяного давления при наступившем кровотечении само по себе уже способствует в большинстве случаев тромбированию кровоточащего сосуда и спонтанной остановке кровотечения.

На основании приведенного нами клинического материала можно сделать следующие выводы:

1. Последовательные за резекцией желудка кровотечения наблюдаются в 3,6⁰/о всех случаев с 15⁰/о смертности.

2. Кровотечения не зависят от изменений в крови у язвенных больных как до, так и после операции.

3. При усовершенствовании техники наложения анастомоза (оперирование без клеммов, отдельный шов на слизистую и тщательный гемостаз) можно избежать последовательного кровотечения из краев анастомоза.

4. Консервативные методы предпочтительны для лечения послеоперационных кровотечений из анастомоза.

Литература. 1. Бякова.—Врачиная газета, № 9, 1929 г. 2. Wolfsohn.—Zentralblatt, 1926, Nr. 30. 3. Гальперн.—Дис. 1910 г. 4. Добротворский.—Дис. 1909 г. 5. Krabbel.—Zentralblatt, 1926, Nr. 19. 6. Naegeli.—Zentralblatt, 1933, Nr. 16. 7. Оглоблина.—Вестн. хир. и погр. обл., т. IX, 1927 г. 8. Шацкий.—Соврем. хирургия, 1926 г. 9. Шнейдер.—Нов. хир. архив, т. VI, 1924 г. 10. Jungbluth.—Zentralblatt, 1926, Nr. 32.