

## ЖЕЛУДОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Т. З. Гуревич, И. Я. Кармазин, В. И. Ровинский

Центральная поликлиника Министерства здравоохранения РСФСР  
(главврач — К. П. Сахарова)

В настоящее время внимание врачей стали привлекать эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, остро возникающие у больных инфарктом миокарда. Желудочные кровотечения при этом могут значительно ухудшать состояние больного. Резкие рвотные движения при необходимости соблюдения полного покоя сами по себе представляют опасность. Анемизация при значительной кровопотере усиливает гипоксию миокарда и центральной нервной системы. Наконец, профузное желудочное кровотечение при инфаркте миокарда может явиться непосредственной причиной летального исхода.

В литературе этот вопрос не освещен достаточно широко. У различных исследователей нет единства взглядов по вопросу о развитии эрозий и язв в желудке и кишечнике у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Изучавшие его авторы (В. Х. Василенко и М. Ю. Мелихова, А. А. Шелагуров, П. Е. Лукомский с соавторами и др.) полагают, что в патогенезе острых эрозий и язв желудочно-кишечного тракта при инфаркте миокарда имеют значение ослабление тонуса мускулатуры желудка паралитической гиперемией, аноксия желудочной стенки и ряд других факторов. Ю. М. Лозовский наблюдал и установил экспериментально возможность возникновения острых язв и эрозий под влиянием гипоксии. А. А. Шелагуров, Е. И. Соколов и другие решающее значение придают рефлексорным механизмам и нарушению кровообращения в желудочно-кишечном тракте. Значение рефлексорного механизма подтверждает нередко наблюдающиеся очаговые некрозы и геморрагии в различных органах.

Возникновение эрозий при инфаркте миокарда может рассматриваться как проявление адаптационного синдрома (И. Г. Данилян, П. Е. Лукомский с соавторами). Морфологически острые язвы при инфаркте миокарда характеризуются некротическим, а не воспалительным процессом. П. Е. Лукомский, Ю. В. Астрожников и В. П. Никитина считают, что нет оснований связывать образование язв с антикоагулянтной терапией, т. к. в большинстве их наблюдений больные антикоагулянтов не получали.

Нами наблюдались 5 больных острым инфарктом миокарда, у которых вслед за инфарктом через несколько дней возникало острое желудочное кровотечение. Трое больных скончались.

Приводим наши наблюдения.

К., 69 лет, находился под наблюдением в течение 10 лет по поводу атеросклеротического кардиосклероза, хронического холецистита. При повторных рентгеноскопических желудочно-кишечного тракта органических изменений обнаружено не было. 3/X 1963 г. возник длительный приступ загрудинных болей с отдачей в обе лопатки. При ЭКГ-исследовании установлен обширный инфаркт миокарда в области задней и боковой стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. 8/X внезапно появилась обильная кровавая рвота, затем дегтеобразный стул. Был немедленно госпитализирован. В течение последующих двух суток отмечались неоднократно кровавая рвота и дегтеобразный стул. При нарастающих явлениях коллапса 10/X больной скончался. Аутопсии не было.

Больной не получал антикоагулянтов. Профузное желудочное кровотечение явилось непосредственной причиной летального исхода.

О., 63 лет, 4/XI 1954 г. перенес тяжелый инфаркт миокарда (передне-септальный). 10/XI появились боли в животе, вздутие его, икота, несколько раз обильная рвота кофейной гущей. Постепенно состояние улучшалось, больной поправился, через несколько месяцев приступил к прежней работе. В 1961 г. — повторный инфаркт миокарда. 13/VI 1963 г. снова перенес обширный инфаркт миокарда (передней и боковой стенки левого желудочка), был госпитализирован. Однократно был введен гепарин. 15/VI резко усилились боли в области сердца, появилась бледность кожных покровов, холодный пот, дыхание типа Чейн-Стокса. Живот вздут, болезненность при пальпации в эпигастрии, несколько раз обильная рвота кофейной гущей, через зонд откачано 1200 мл кровянистого содержимого желудка. 16/VI скончался при нарастающих явлениях сердечно-сосудистой недостаточности. На вскрытии обнаружен инфаркт миокарда и острые язвы желудка с кровоизлияниями в желудочно-кишечный тракт.

Желудочное кровотечение при инфаркте миокарда, даже профузное, утяжеляя состояние больного, не делает, однако, прогноз безнадежным. Примером может служить приводимое ниже наблюдение.

Ф., 65 лет, страдает сахарным диабетом с 55 лет. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта не отмечалось. 16/X 1964 г.

впервые возник приступ болей в области сердца при ходьбе. На ЭКГ — указания на инфаркт передне-боковой стенки левого желудочка. Находился на строгом постельном режиме, состояние оставалось удовлетворительным. Антикоагулянтов не получал. Внезапно ночью 31/X возникло профузное желудочное кровотечение, отмечалась неоднократная обильная рвота кофейной гущей. Кровавая рвота продолжалась около двух суток. Состояние больного было крайне тяжелым. 2/XI был госпитализирован. В больнице кровавая рвота повторилась. После проведенной терапии кровавые рвоты прекратились, состояние улучшилось. Больной поправляется.

У К., 72 лет, в 1956 г. в санатории развился инфаркт миокарда, сопровождавшийся резким вздутием живота и кровавой рвотой. После кардиальной терапии, а также откачивания введенным через нос тонким зондом кровянистой жидкости из желудка состояние улучшилось. Больной поправился и через полгода приступил к работе.

Патогенез острых язв желудка при инфаркте миокарда очень сложен и, вероятно, не может быть объяснен только одним каким-то фактором.

Следует отметить, что все наблюдавшиеся нами больные были пожилого возраста (63—78). Возрастные изменения сосудов желудочно-кишечного тракта, несомненно, явились одним из существенных факторов возникновения желудочных кровотечений при инфаркте миокарда.

Практический врач должен быть осведомлен о возможности подобных осложнений инфаркта миокарда с целью правильной диагностики их и своевременной рациональной терапии (откачивание желудочного содержимого, применение гемостатических средств и т. д.). Чрезвычайно важным является дифференцирование с кровотечением при язвенной болезни, т. к. при последней кровотечение подчас связано с эрозией крупного сосуда, что, особенно при каллезных язвах, может требовать оперативного вмешательства.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Астрожников Ю. В., Никитина В. П. Тер. арх. 1964, 9. — 2. Василенко В. Х., Мелихова М. Ю. Клин. мед. 1959, 2. — 3. Данилян И. Г. Тер. арх. 1962, 5. — 4. Ласкин С. Б. Клин. мед. 1962, 6. — 5. Лукомский П. Е., Соловьев В. В., Володин Н. М. Там же, 1963, 10. — 6. Розанов Б. С. Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение. Медгиз, М., 1960. — 7. Тетельбаум А. Г. Клинические типы и формы стенокардии и начало инфаркта миокарда. Медгиз, М., 1960. — 8. Шелагуров А. А., Соколов Е. И. Клин. мед. 1963, 10.

Поступила 31 декабря 1964 г.

УДК 616.33—002.44—615.7

## ГЕКСОНИЙ В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*В. В. Талантов*

Кафедры госпитальной терапии № 1 и № 2 (зав. — проф. А. Г. Тергулов и проф. К. А. Маянская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Среди методов и средств патогенетической терапии язвенной болезни видное место отводится в настоящее время ганглиоблокирующим средствам. Одним из наиболее эффективных ганглиолитиков в терапии язвенной болезни является гексоний (гексаметоний).

По экспериментальным данным и клиническим наблюдениям гексоний, воздействуя на Н-холинореактивные структуры преганглионарных синапсов симпатической и парасимпатической нервной системы, а также на некоторые структуры центральной нервной системы, оказывает нормализующее влияние на трофику, секреторную и моторную функции желудка. Единичные исследования действия гексония на тонус и двигательную функцию кишечника позволяют предполагать положительное влияние препарата на нарушенную моторику кишечника при язвенной болезни. Экспериментальные данные о влиянии гексония на центральную и периферическую регуляцию сосудистого тонуса дают основание полагать, что гексоний оказывает нормализующее влияние и на извращенную при язвенной болезни регуляцию сосудистого тонуса.

Под наблюдением находилось с язвой двенадцатиперстной кишки — 63 и с язвой желудка — 5 больных.

Секреторная, кислотообразовательная, двигательная-эвакуаторная функции желудка изучались в динамике методом К. М. Быкова и И. Т. Курцина у 37 больных, у остальных — фракционным методом с алкогольным завтраком по Эрману. Тонус и двигательная-эвакуаторная функция желудка, тонкого и толстого кишечника изучались