

внутреннего футляра ЧО (первый, пусковой этап – это именно сосудистая патология, приводящая к ишемии тканей ЧО).

2. В дальнейшем площадь, скорость и характер развития некротических изменений определяется нейро-трофическими нарушениями в ЧО (нейро-рефлекторная теория развития ОА).

3. Клиническая картина, степень и характер осложнений в послеоперационном периоде обусловлены индивидуально-типологическими особенностями кровоснабжения и состоянием лимфоидной ткани ЧО, а также вариантной анатомией самого илеоцекального угла и функцией илеоцекального клапана (баугиновой заслонки); микробиотой кишечника.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы изучения типовой анатомии человека. / А.В. Черных [и др.] // Весенние анатомические чтения: сб. статей научно-практической конф., посвящ. памяти доцента М.А. Колесова. – Гродно, 2016. – С. 227–236.

2. Варианты структурной организации червеобразного отростка в зависимости от типа телосложения человека и их роль в патогенезе острого аппендицита. / И.В. Назаров [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 1. – С 48–52.

3. Малеев Ю.В. К вопросу о типовых особенностях грудной клетки и живота. / Ю.В. Малеев, А.В. Черных // Новые технологии в медицине: сб. трудов. – Волгоград, 2005. – Т. 61, Вып. 1. – С. 84–85.

4. Осложнения острого аппендицита. Тифлит. / Ю.В. Малеев [и др.] // Сборник материалов международной научно-практической конференции под ред. проф. Н.К. Горшуновой. Курск – 2017. – С. 328–344.

### ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗРЫВНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Малеев Ю.В., Литовкина Т.Е.*

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия*

**Актуальность.** Разрывно-геморрагический синдром (синдром Меллори-Вейсса, СМВ) в настоящее время является одним из ведущих среди развития гастродуоденальных кровотечений неязвенного генеза [1-7]. Рецидивы геморрагии при СМВ достигают 30%, послеоперационная летальность – 17%, а общая летальность – 7,5% [1-7]. Пациенты с СМВ находятся в наиболее трудоспособном возрасте, что свидетельствует о высокой социально-экономической значимости данного заболевания. Вызывает тревогу и большое количество рецидивов кровотечения у данной категории больных; оперативные вмешательства, проводимые у них на высоте кровотечения, высокие показатели летальности [2, 4-7]. В лечении пациентов с СМВ целесообразно максимально использовать возможности эндоскопического гемостаза [5, 7]. 25-летний опыт

работы центра по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) с использованием гидрофильных гранулированных сорбентов для остановки кровотечений дает нам право на применение их в лечении больных с СМВ [5, 6]. Весьма перспективным является применение комбинации гранулированных сорбентов и местных гемостатических средств для эндоскопического лечения СМВ.

**Цель исследования.** Изучить этиологию и клинические особенности СМВ, позволяющие повысить эффективность местного гемостаза, снизить риск возникновения повторных кровотечений и сократить сроки лечения пациентов.

**Материал и методы.** Проведено лечение 102 больных с СМВ в Воронежском специализированном центре по лечению пациентов с гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин (82/80,4%) было в 4 раз больше женщин (20/19,6%). С учетом глубины разрывов, клинических и патолого-анатомических характеристик выделяли 4 стадии СМВ.

**Результаты и их обсуждение.** Мужчины подвержены СМВ в более молодом возрасте, чем женщины, в среднем на 7 лет. У мужчин пик заболеваемости приходился на возраст от 25 до 50 лет, а у женщин: 30–45 и 60–75 лет. Данные анамнеза пациентов выявили приоритетность фактора злоупотребления алкоголем (79/77%) у лиц обоего пола в полиэтиологическом механизме возникновения СМВ, причем преимущественно в возрастном интервале от 30 до 45 лет. Второй пик частоты встречаемости заболевания у женщин в возрасте 60–75 лет объясняется наличием тяжелой сопутствующей патологии и возрастными гормональными изменениями [6]. У лиц с СМВ мы выделяем 4 социальные группы: 1-я – лица преимущественно умственного труда (преподаватели, врачи и др.); 2-я – лица, чья производственная сфера связана с тяжелым физически трудом (электрики, фрезеровщики, слесари-сантехники, формовщики, монтажники, грузчики, обмотчики, милиционеры, водолазы); 3-я – лица пожилого и старческого возраста (пенсионеры, как правило, инвалиды I и II групп). У больных данной группы отмечалась тяжелая сочетанная патология сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и других анатомо-функциональных систем; 4-я – безработные. У 45% мужчин заболевание чаще встречалось среди лиц, чья работа связана с тяжелым физически трудом и наличием вредных привычек (большой риск злоупотребления алкоголем – слесари-сантехники, монтажники, грузчики и т.д.), в 2 раза реже – у неработающих лиц (22%) и значительно одинаково реже – у лиц умственного труда (17%) и пожилого возраста (16%).

У пациентов пусковыми моментами, которые привели к развитию данного синдрома, были: рвота различного происхождения (26/25,5%), физические нагрузки (3/2,9%), тяжелый кашель (7/6,9%). Эндоскопическое исследование показало, что сочетание данного заболевания с язвенной болезнью желудка и ДПК было выявлено у 22/21,3% пациентов; а у 87/85,5% – с гастритом; расширение вен пищевода на фоне цирроза печени наблюдалось у 5/4,9% пациентов, недостаточность кардии и эзофагит – у 12/11,8%.

По локализации дефекты при СМВ располагались следующим образом: пищеводно-желудочный переход – у 88/86,3%, пищеводные – у 11/10,8% и

кардиальные – у 3/2,9% пациентов. В области пищеводно-желудочного перехода разрывы локализовались по правой стенке у 39/38,2% больных, на задней стенке – у 35/34,3%, на передней стенке – у 16/15,7% и на левой – у 12/11,8% пациентов. Длина разрывов колебалась в пределах от 0,4 до 2,7 см. По размерам мы различали дефекты малые (до 1,0 см длиной), средние (от 1,0 до 2,5 см), и большие (от 2,5 см и больше). Чаще в нашем исследовании встречались малые размеры дефектов – у 77/75,5% пациентов, реже – средние (23/22,5%) и очень редко – малые дефекты (2/2%).

В наших исследованиях разрывы располагались в пределах: слизистого слоя (I стадия) – у 40/39,2% пациентов, слизисто-подслизистой основы (II стадия) – у 57/55,9% и глубокие разрывы с повреждением мышечного слоя (III стадия) – лишь у 5/4,9%. Разрывы носили единичный характер в 72/70,6%, а множественные дефекты – в 30/29,4%. По характеру кровотечения больные с СМВ распределились следующим образом: продолжающееся кровотечение – у 10/9,8% пациентов; признаки неустойчивого гемостаза (тромбированный сосуд или фиксированный сгусток) – у 57/55,9% и признаки состоявшегося кровотечения (видимые пятна гематина) – у 35/34,3% больных. Тяжесть ЖКК по А.И. Горбашко (1985): легкая степень кровопотери наблюдалась у 54/52,9% больных, средней тяжести – у 34/33,3%, тяжелая степень – 14/13,7%.

При возникновении СМВ на фоне цирроза печени по причине перенесенных гепатитов у наркоманов и асоциальных лиц, кровотечение носило смешанный артерио-венозный характер: из трещин слизистой оболочки, подслизистого и мышечного слоя, а также из поврежденных варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Клинические особенности: высокая интенсивность и частые рецидивы; нарушения свертывающей системы крови вплоть до развития ДВС-синдрома, сложность в выборе оптимального метода гемостаза. При этом использование зонда Блэкмора ограничено по причине наличия разрывов стенки ЖКТ, а оперативное лечение (гастростомия с ушиванием разрывов и варикозных вен) больные не перенесут по причине тяжести общего состояния и сопутствующей патологии.

#### **Выводы.**

1. Топографо-анатомические особенности строения нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка, фоновые предрасполагающие заболевания, внутрижелудочная и внутрибрюшная гипертензии этиологически обуславливают различную степень тяжести течения СМВ.

2. Основным разрешающим фактором в механизме развития СМВ является противоестественная функциональная интервенция на область пищеводно-желудочного перехода в виде акта рвоты разного генеза с внезапной мощной антиперистальтической волной в желудке, повышением внутрижелудочного и внутрибрюшного давления, растяжением эзофагокардиального перехода. Линейной форме разрывов способствует продольное расположение желудочных складок в эзофагокардиальном отделе.

3. Проведенные комплексные антропометрические, морфологические, топографо-анатомические, экспериментальные, социологические и клинические исследования (включая ФГДС) позволяют четко представить

закономерности возникновения СМВ, точно установить диагноз и назначить соответствующую этиотропную и патогенетическую терапию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние размеров и локализации разрывов при синдроме Меллори-Вейсса на клиническое течение заболевания / Е.Ф. Чередников [и др.] // Научно – медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 65. – С. 34–41.

2. Малеев Ю.В. Морфологические предпосылки развития синдрома Меллори-Вейсса / Ю.В. Малеев, Т.Е. Литовкина // Однораловские морфологические чтения: сб. науч. тр., посвящ. 120-летию со дня рожд. проф. Н.И. Одноралова и 100-летию ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. – 2018. – С. 161–164.

3. Особенности артериального кровоснабжения пищеводно–желудочного перехода как анатомо-физиологический фактор развития кровотечения при СМВ / Ю.В. Малеев [и др.] // Весенние анатомические чтения: сб. ст. науч.-практ. конф. памяти доцента Д.Д. Смирнова. Гродно, 2017. – С. 108–110.

4. Особенности локализации разрывов при синдроме Меллори-Вейсса / Е.Ф. Чередников [и др.] // Достижения и инновации в современной морфологии: сб. тр. науч.-практ. конф. с межд. участием, посвящ. 115-летию со дня рожд. акад. Д.М. Голуба: Минск, 2016. – Т. 2. – С. 212–215.

5. Современные взгляды на диагностику, лечение и профилактику разрывно-геморрагического синдрома (синдрома Меллори-Вейсса) / Е.Ф. Чередников [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – Т. 23, № 4. – С. 161 – 172.

6. Современные взгляды на этиологию и патогенез разрывно-геморрагического синдрома (синдрома Меллори-Вейсса) / Е.Ф. Чередников [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2016. – Т. 5, № 1 (17). – С. 86–98.

7. Experimental justification of using aseptisorb – A and platelet – rich plasma in endoscopic treatment of mold bleeding stomach defects / E.F. Cherednikov [et al.] // International Journal of Biomedicine. – 2017. – Vol. 7, N 4. – P. 298–301.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ШЕИ: ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ

*Малеев Ю.В., Голованов Д.Н.*

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет  
им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия*

**Актуальность проблемы.** При операциях на щитовидной железе (ЩЖ) и гортани нередко возникают осложнения, связанные с повреждением: околощитовидных желез (ОЩЖ) до 34,2%; возвратных гортанных нервов (ВГН) до 13,5%, щитовидных артерий (ЩА) до 7,0%, что обусловлено высокой вариабельностью их топографии [3, 4-6]. В литературе не встречается сведений о типовых особенностях топографии ВГН, ОЩЖ и ретрощитовидных отростков (РЩО) ЩЖ в едином комплексе [1-7]. Каждый из авторов предлагал