

плевральных дренажей, у одного пациента - нагноение лапаротомной раны.

Летальности в обеих группах не наблюдалось. Сроки лечения в отделении интенсивной терапии и реанимации были больше в группе А, чем в группе В, но статистически достоверно не различались и составили 6 (3; 9) и 5 (3; 8), соответственно. Сроки лечения в стационаре были меньше в группе А, но статистически достоверных различий не было выявлено – 24 (18; 33) и 22 (17; 33) сут., соответственно.

**Выводы.** Пациенты с тяжелой сочетанной закрытой травмой живота с повреждением кишки являются разнородной группой пациентов, трудно поддающихся анализу. Наиболее часто тяжелая закрытая травма живота с повреждением кишки сочетается с черепно-мозговой травмой, гемо- и пневмотораксом, переломами длинных трубчатых костей. С-реактивный белок является показательным маркером воспаления, увеличивающимся как при травме, так и в ответ на хирургическую агрессию. Применение эвертированного механического шва, дополненного криоконсервированной амниотической мембраной, может снижать частоту развития септических осложнений в раннем послеоперационном периоде, сокращает сроки лечения пациентов в отделении интенсивной терапии и стационаре в целом.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ-ВЕЙССА

Дешук А. Н., Мармыш Г. Г., Колешко С. В., Шевчук Д. А.\*,  
Цилиндзь И. И.\*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь

\*УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»,  
г. Гродно, Республика Беларусь

**Введение.** Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта остаются одной из наиболее актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии в Республике

Беларусь. В структуре причин, вызывающих острые желудочно-кишечные кровотечения, все более весомое место занимает синдром Мэллори-Вейсса. По данным разных авторов, этот синдром диагностируется в 5-17% всех острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а среди кровотечений неязвенной этиологии – в 36-50%. По Международной статистической классификации болезней (МКБ-10), официальное название синдрома Мэллори-Вейсса звучит как «Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром». Данное заболевание проявляется выраженным кровотечением из продольных разрывов разной глубины стенки абдоминального отдела пищевода, пищеводно-кардиального перехода и кардиального отдела желудка. Большое значение в возникновении синдрома имеет алкогольная интоксикация. Частый прием алкогольных напитков приводит к эрозивному эзофагиту и атрофии слизистой пищевода и желудка. Кроме того, алкогольная интоксикация является фактором, вызывающим рвоту. Отмечено, что чаще всего синдром Мэллори-Вейсса возникает при наличии фоновых заболеваний (эрозивный эзофагит, язва желудка, эрозивный и атрофический гастрит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и др.).

**Цель:** проанализировать и изучить встречаемость и особенности лечения синдрома Мэллори-Вейсса в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» за 5 лет.

**Материал и методы.** Анализ результатов лечения пациентов с синдромом Мэллори-Вейсса в клинике общей хирургии на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с 2013 г. по 2017 г. включительно.

**Результаты и обсуждение.** В период с 2013 г. по 2017 г. на лечении в центре гастродуоденальных кровотечений, в клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» находились 93 пациента с данной патологией, из них мужчин было 74 (79,6%), женщин - 19 (20,4%). Средний возраст пациентов составил  $37,8 \pm 1,3$  года. При поступлении в центр гастродуоденальных кровотечений

пациенты отмечали появление примеси крови после обильной интенсивной рвоты. Из них 87 (93,5%) человек накануне поступления злоупотребляли спиртными напитками, а 35 (40,2%) находились в состоянии алкогольного опьянения. При эндоскопическом исследовании (ЭФГДС) у всех пациентов были выявлены разрывы слизистой в месте перехода пищевода в желудок, размеры дефектов варьировали от 0,2 см до 1,2 см в длину. У 34 (36,6%) пациентов признаков активного кровотечения на момент осмотра не выявлено, таким образом, попыток его остановки не предпринималось (состоявшееся кровотечение), у 17 (18,3%) чел. было произведено клипирование кровоточащего сосуда в месте разрыва слизистой, еще у 42 (45,1%) – инъекционный эндогемостаз. Пациенты госпитализировались в хирургическое отделение для консервативной терапии и динамического наблюдения. Назначалась гемостатическая терапия (викасол, этамзилат натрия, аминокaproновая кислота), инфузионная терапия, противорвотные средства, препараты, снижающие секрецию желудочного сока (пантопразол, омепразол, ранитидин), обволакивающие средства. У 6 (6,4%) пациентов с признаками состоявшегося кровотечения на момент поступления при динамическом наблюдении был выявлен его рецидив, в связи с чем им выполнялась повторная ЭФГДС с окончательным гемостазом: 4 пациентам произведен инъекционный гемостаз глюкозо-адреналиновой смесью (10:1), еще у 2 человек – клипирование кровоточащего сосуда. Среднее время пребывания пациентов в клинике составило  $6,1 \pm 1,4$  койко-дня. Летальных исходов не было. Считаем, что проведение ЭФГДС-контроля при синдроме Мэллори-Вейсса в первые 10-14 дней после кровотечения нерационально из-за опасности развития повторного разрыва слизистой и возникновения рецидива кровотечения.

**Выводы.** Основная причина синдрома Мэллори-Вейсса – интенсивная рвота в большинстве случаев на фоне злоупотребления алкоголем. Эндоскопическое исследование (ЭФГДС) – наиболее важный способ диагностики и миниинвазивного лечения данной патологии.