

мом Мэллори–Вейса. Среднее значение возраста пациентов в исследуемой группе составило 49 лет.

2. По субъективному критерию женщины в данной выборке не оценивают состояние своего здоровья по желудку как хорошее, среди мужчин 38% удовлетворены состоянием своего здоровья, более 60% расценивают его как удовлетворительное.

3. При анализе, выполненном путем построения доверительного интервала для разности относительных частот, выявлено, что субъективная оценка состояния здоровья самими пациентами зачастую может быть излишне позитивной.

4. С помощью непараметрических методов корреляционного анализа выявлено, что в данной выборке респондентов нет взаимосвязи между наличием определенных жалоб и рецидивом кровотечения.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА И КАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА

Матвеева Е.А., Соломонов Г.Е.

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время актуальна проблема увеличения числа незвенных кровотечений, среди которых наиболее частым является синдром Мэллори–Вейса. Используя эндоскопическую ультрасонографию для диагностики пациентов с данной патологией, мы поставили задачу с минимальной инвазией для больного установить особенности кровоснабжения пищеводно-желудочного перехода пациентов с синдромом Мэллори–Вейса с оценкой возможной зависимости от его типа тяжести кровотечения и возможности прогноза рецидива кровотечения. Также выполнялось ультразвуковое исследование патологических изменений стенки пищевода и желудка при синдроме Мэллори–Вейса, с

оценкой зависимости от них локализации и глубины разрыва.

Материалы и методы. Современный аппарат для ультрасонографической эндоскопии представляет собой фиброэндоскоп с торцевой, косой или боковой оптикой, снабженный на ригидном терминальном конце ультразвуковым датчиком диаметром 1,14–1,4 см с частотой от 5 до 20 мГц. Более низкие частоты этого спектра имеют большее проникновение в глубину и, кроме визуализации слоев стенки, позволяют отобразить структуры, находящиеся за ее пределами. Высокие частоты спектра, напротив, имеют небольшую глубину сканирования (до 1 см), но обеспечивают большую детализацию послойной структуры максимальной глубиной сканирования от 3 до 15 см. В зависимости от типа ультразвукового датчика сканирующая плоскость может располагаться поперек оси эндоскопа (радиальный датчик) или вдоль нее (конвексные и линейные) датчики.

Наше исследование проводили пациентам с синдромом Мэллори–Вейса ультразвуковым видеоэндоскопом Fujinon с радиальным сканированием на базе Минского городского клинического диагностического центра. Ультрасонографию выполняли обычно на 3–5 сутки от начала заболевания.

Результаты. В 8 из 10 наблюдений стенка пищевода была на всем протяжении толщиной до 0,3 см, равномерно пятислойная, дифференциация слоев прослеживалась, периезофагеальные слои были не увеличены. В двух наблюдениях в абдоминальном отделе пищевода, на задней стенке, в мышечном слое были выявлены гипэхогенные однородные образования размерами 1,36 на 0,72 см и 0,81 на 0,85 см, исходящие из подслизистого слоя стенки пищевода, распространяющиеся на мышечный и серозные слои с нарушением дифференциации слоев на этом участке, с ровными контурами, предположительно лейомиома или инфилтративный процесс после инъекционного гемостаза. При видеоэндоскопии в первом случае в абдоминальном отделе пищевода на уровне образования определялся щелевидный язвенный дефект размерами 1,0–0,4 см, глубокий, до мышечного слоя. Форма его продолговатая, края подрытые, дно покрыто некротическими массами. Во втором случае на уровне образования определяется глубокий продольный разрыв слизистого, подслизистого и мышечного слоев, покрытый фибринозно-некротическим налетом. На контрольном исследовании через 6 месяцев: стенка пи-

щевода толщиной до 0,4 см, равномерно пятислойная, дифференциация слоев прослеживается. Патологических изменений эхографической структуры стенки пищевода не выявлено. Во всех наблюдениях на уровне абдоминального отдела пищевода и кардии отмечаются артериальные сосуды диаметром 0,2–0,35 см на передней и задней стенках, на расстоянии 0,06–0,25 см от стенки пищевода, являющиеся ветвями левой желудочной артерии. Следственной связи между наличием и расположением данных сосудов и тяжестью кровотечения нами не обнаружено.

Заключение:

1. По результатам нашего исследования не выявлено достоверной зависимости между особенностями кровоснабжения пищеводно-желудочного перехода у пациентов с синдромом Мэллори–Вейса и тяжестью кровотечения и/или возможностью его рецидива.

2. При ультразвуковой оценке патологических изменений стенки пищевода и желудка при синдроме Мэллори–Вэйса в 2-х случаях были выявлены гипоэхогенные однородные образования в области разрывов, по ультрасонографической картине похожие на лейомиому пищевода, при динамическом наблюдении оказавшиеся инфильтративным процессом после инъекционного гемостаза.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ КИСТЕЙ ВО ВЛАЖНОЙ СРЕДЕ

Меламед В.Д.¹, Головня В.И.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Городская клиническая больница
скорой медицинской помощи г.Гродно»²,

Гродно, Республика Беларусь

Актуальность лечения ожогов кистей обусловлена высокой частотой поражения данной локализации, а также возможностью развития рубцовых деформаций даже после ожогов IIIA ст. Это обуславливает дальнейшее совершенствование методов лечения данной категории больных. В исследованиях Б.А. Парамонова с соавторами [1] о лечении дистальных отделов верхних конечностей во влажной среде показано, что вскоре после помещения