

хроническая фетоплацентарная недостаточностью (20,9%), внутриутробная задержка развития плода (17,4%). Среди осложнений родового акта преобладали такие осложнения, как преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (34,9%), острая гипоксия плода (16,3%) и слабость родовых сил (11,6%). Основными патологическими кардиотокографическими признаками при обвитии пуповины являются: базальная тахикардия в 52,3% случаев, снижение количества акцелераций – 46,5%, снижение variability базального ритма – 44,2%, перемежающийся тип variability базального ритма – 41,9%, появление комплексов акцелерация-децелерация-акцелерация – 23,3%, variability децелерации – 17,4%, волнообразный синусоидальный ритм – 22,1%⁵. Оперативное родоразрешение является методом выбора при острой интранатальной гипоксии плода, слабости родовых сил, что позволяет улучшить перинатальные исходы.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОБУСЛОВЛЕННЫХ СИНДРОМОМ МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА

*Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г.,
Колешко С.В., Жибер В.М., Гузень В.В., Мухлядо А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 4 г. Гродно*

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины проблема диагностики, лечения и тактики при острых кровотечениях обусловленных синдромом Мэллори-Вейса (СМВ) остается весьма значимой в неотложной абдоминальной хирургии. Отмечается явный рост числа пациентов с СМВ [2], диагностируется в 15% случаев при гастродуоденальных кровотечениях (ГДК), по частоте занимает второе место после кровотечений из язв двенадцатиперстной кишки [3]. Рецидивы кровотечения отмечаются в 20-30% наблюдений, послеоперационная летальность составляет 10-17%, общая 1,8% [2]. Эндоскопическое исследование, проводимое современными фиброскопами, не только кардинальным образом разрешило вопрос обнаружения разрывов слизистой пищевода и желудка, но и позволило осуществлять лечебные мероприятия остановки кровотечения, однако остается много

нерешенных вопросов по тактике ведения этих пациентов при сочетании СМВ с интеркуррентными заболеваниями пищевода, желудка, варикозным расширением вен (ВРВ) пищевода и желудка. Отмеченные данные литературы отражают нерешенную до конца проблему лечения этих пациентов, так как тактика ведения в различных клиниках разная и во многом зависит от принятой доктрины, решения организационных вопросов, накопленного клинического опыта. По данным литературы [1] в Беларуси, до настоящего времени не проводился анализ динамики СМВ, методов и результатов его лечения в одном регионе на протяжении достаточно длительного временного периода.

Клиника общей хирургии располагает данными результатов диагностики и принятой в клинике тактики лечения СМВ в условиях городского центра ГДК в течение 15 лет. Представляло интерес провести анализ результатов диагностики и лечения пациентов с этой патологией.

Цель. Изучить частоту встречаемости острых кровотечений обусловленных СМВ в г.Гродно и оценить эффективность лечения в условиях городского центра ГДК для оптимизации лечебно-диагностической тактики и улучшения результатов лечения.

Методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 559 пациентов с СМВ госпитализированных по экстренным показаниям в городской центр ГДК клиники общей хирургии на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно» за период с 2002 по октябрь 2016г.г. Среди пациентов мужчин было – 472(84,3%), в возрасте – 48,7 лет, женщин – 87(15,7%), в возрасте – 59,3 года, средний возраст от 17 до 89 лет. За последние 5 лет прослеживается отчетливая тенденция роста количества кровотечений обусловленных СМВ. Так, если с 2002 по 2006г.г. госпитализировано – 165 пациентов, с 2007 по 2011 г.г. – 178, то с 2012 по 2016г.г. поступило 216 пациентов. За последние 10 лет СМВ был причиной кровотечений у 27,7% случаев от числа госпитализированных пациентов с ГДК в центр. Машиной скорой помощи доставлено – 430(77%) пациентов, из поликлиник города – 69(12,3%), из больниц города – 47(8,4%) и обратились сами 13(2,3%). В хирургическое отделение госпитализировано – 486(87%) пациентов, в реанимационное – 73(13%). Отмечена высокая частота, у 82,6% пациентов, сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой систе-

мы, органов брюшной полости, пищевода. В состоянии алкогольного опьянения госпитализировано 148(26,5%) пациентов. Особенности диагностики и тяжесть состояния пациентов с СМВ обусловлены нередким сочетанием нескольких причин развившегося кровотечения: ВРВ пищевода и желудка, эрозивным эзофагитом и гастритом, наблюдали у 108(19,3%) пациентов.

Диагностические мероприятия на этапе госпитализации проводились согласно протоколу ведения пациентов при острых ГДК. Оценивали тяжесть кровопотери, состояние свертывающей системы крови, проводили эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) у всех пациентов, даже при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения. При алкогольном опьянении и клинической картине СМВ ЭФГДС выполняли под внутривенной седацией и введением противорвотных препаратов.

Результаты и их обсуждение. Оценивали локализацию источника кровотечения, его причину интенсивность. Продолжающееся кровотечение установлено у 446(79,8%) пациентов, сразу проводился инъекционный эндогемостаз: у 214(48%) (этоксисклерол, 0,005 раствор адреналина, изотонический раствор). У 77(17,3%) пациентов применены механические методы (клипирование) и термические методы диатермо и аргонплазменная коагуляция) в 39(8,7%) случаев. Комбинированные методы (инъекционный и механический, инъекционный и термический) применены у 116(26%) пациентов. Состоявшееся кровотечение диагностировано у 113 (20,2%) пациентов. По нашим наблюдениям, стабильность гемостаза и опасность рецидива кровотечения зависят от величины сосуда по краям разрыва: чем крупнее сосуда (> 1 мм), тем вероятнее рецидив. Риск рецидива велик при свежем рыхлом кровяном сгустке, в области разрыва, и множественных разрывах [3]. У 64 (11,4 %) пациентов наблюдали рецидив кровотечения, им выполнен повторный эндогемостаз.

При смешанном характере кровотечения у 27(4,8%) пациентов (разрывы и ВРВ пищевода и кардиоэзофагеального перехода), поступивших в тяжелом состоянии диагностирован СМВ I-II стадии. У этих пациентов для остановки кровотечения использовали зонд-обтуратор Сенгстакена-Блекмора. Не применяем зонд-обтуратор при СМВ III стадии, считаем, как и большинство авторов [3], нецелесообразным, так как этот прием не обеспечивает гемостатический эффект, а при раздувании балло-

нов может наступить перфорация пищевода или желудочно-пищеводного перехода. У 6 (1,1%) пациентов при СМВ IV стадии (у 4 из них кровотечение на фоне ВРВ пищевода) неудачных попыток эндогемостаза, выполнены традиционные способы оперативного лечения (продольная гастротомия с ушиванием разрывов), у 2 пациентов при интенсивном кровотечении выполнена дополнительная перевязка 2-3 сосудистых ветвей левой желудочной артерии идущих к кардиальному желудку отделу и пищеводу. Ушивание дефектов проводили восьмиобразными швами из нерассасывающегося шовного материала на атравматичной игле. Эффективность способов эндогемостаза оценивали по устойчивости гемостаза и рецидиве кровотечения. Как показал наш опыт, наиболее эффективны при СМВ механические и комбинированные методы эндогемостаза. Менее эффективны были моновариантные методы эндогемостаза (термический и инъекционный). Умерло 7 (1,1%), 3 из них в послеоперационном периоде.

Выводы. 1. Эндоскопический метод диагностики является ведущим при определении тактики лечения пациентов с острым кровотечением обусловленным СМВ, позволяет оценить клинико-анатомическую стадию СМВ, глубину разрыва и дифференцированно выбрать способ эндогемостаза.

2. Лечебная тактика должна быть индивидуализирована в соответствии с тяжестью состояния пациента, иметь прямую зависимость от локализации, глубины и длины разрывов слизистой терминального отдела пищевода и желудка. Разрывы в области правой стенки этих органов, в абсолютном большинстве приводят к наиболее тяжелым для пациента последствиям.

3. Наиболее надежными и эффективными методами эндогемостаза является электрокоагуляция и клипирование. При эндоскопическом клипировании отмечена значительно меньшая травматизация тканей и отсутствуют осложнения, также известно, что сроки заживления дефекта слизистой самые короткие (11 суток).

4. Оперативное лечение СМВ обладает рядом недостатков: высокий операционный риск в условиях острой кровопотери, наличие технических трудностей, особенно при разрывах слизистой в области пищевода, оперативное пособие направлено на лечение только данного эпизода кровотечения и почти не снижает вероятности рецидива кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матвеева, Е.А. Диагностика и лечение синдрома Меллори-Вейса // Новости хирургии. -2012. -№ 1. –С. 105-114.
2. Савельев, В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости // М.: Триада – Х. – 2004. – 640 с.
3. Тимербулатов, Ш.В. Особенности лечебной тактики при синдроме Маллори-Вейса / Ш.В. Тимербулатов, В.М. Тимербулатов, А.Г. Хасанов, Р.Б. Сагитов // Хирургия. -2009. -№ 4. – С.33-35.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЖЕЛЧЕОТТОКА ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

Гарелик П.В., Милешко М.И., Дешук А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. С каждым годом повсеместно возрастает количество операций на внепеченочных желчных протоках, в том числе при непроходимости терминального отдела холедоха. Единого пособия восстанавливающего отток желчи не существует, а рекомендации по выбору его не однозначные, в основном зависят от причины, вызвавшей непроходимость холедоха в его терминальной части (Д.М. Красильников и соавт., 2016; З.А. Дундаров и соавт., 2014). В последнее время хирурги прибегают к выполнению малоинвазивных или эндоскопических пособий, успешно восстанавливающих естественное продвижение желчи и разрешающие механическую желтуху (П.В. Гарелик и соавт., 2004; С.В. Иванов и соавт., 2010).

Цель. Проанализировать результаты малоинвазивных и традиционных (открытых) оперативных вмешательств у больных с механической желтухой в результате доброкачественной обструкции дистального отдела общего желчного протока.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лечения 114 больных с непроходимостью терминального отдела холедоха доброкачественной природы. Мужчин было 46, женщин – 68 в возрасте от 32 до 92 лет. Причинами желчестаза были следующие заболевания: холедохолитиаз осложненный стриктурой терминального отдела холедоха – 69 больных, рубцовые стриктуры холедоха – 19, хронический псевдотуморозный или индура-