

Литература:

1. Никитюк Б. А. Генетические маркеры – конституция – клиника / Б. А. Никитюк // Генетические маркеры в антропогенетике и медицине: тез. докл. IV Всесоюзного симпозиума. – Хмельницкий, 1988. – С. 152–169.
2. Тегак Л.И. Дерматоглифика населения Белоруссии. – Мн.: Наука и техника, 1989. – 182 с.

СИНДРОМ МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА КАК ПРИЧИНА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Дешук А.Н., Кислюк И.В., Гривачевский С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Гарелик П.В.

Актуальность. Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром (по МКБ-10) на сегодняшний день не утратил своей актуальности в экстренной хирургии и представляет собой поверхностные разрывы слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка при рецидивирующей рвоте, сопровождающиеся кровотечениями [1, 2].

Цель. Проанализировать и изучить встречаемость и особенности лечения синдрома Мэллори-Вейса в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Задачи и методы исследования. Анализ результатов лечения пациентов с синдромом Мэллори-Вейса в клинике общей хирургии на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с 2013 года по декабрь 2015 года включительно.

Результаты и выводы. В период с 2013 года по декабрь 2015 года на лечении в центре гастродуоденальных кровотечений, в клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» находилось 16 пациентов с данной патологией, из них мужчин было 14 (87,5%), женщин - 2 (12,5%). Средний возраст пациентов составил $41,3 \pm 1,1$ года. При поступлении в центр гастродуоденальных кровотечений пациенты отмечали появление примеси крови после обильной интенсивной рвоты. Из них 15 (93,8%) человек накануне поступления злоупотребляли спиртными напитками и находились в состоянии алкогольного опьянения. При эндоскопическом исследовании (ФГДС) у всех пациентов были выявлены разрывы слизистой в месте перехода пищевода в желудок, размеры дефектов варьировали от 0,2 см до 1 см в длину. У 7 (43,8%) пациентов признаков активного кровотечения на момент осмотра выявлено не было, таким образом, попыток его остановки не предпринималось, 5 (31,3%) человекам было произведено клипирование кровоточащего сосуда в месте разрыва слизистой, а еще 4 (24,9%) – инъекционный эндогемостаз. Пациенты госпитализировались в хирургическое отделение для консервативной терапии и динамического наблюдения. Назначалась гемостатическая терапия, инфузионная терапия, противорвотные средства, препараты, снижающие секрецию желудочного сока, обволакивающие средства. Рецидивов кровотечения выявлено не было. Среднее время пребывания пациентов в клинике составило 5,3 койко-дня. ФГДС-контроль не проводился из-за опасности развития повторного разрыва слизистой и возникновения рецидива кровотечения.

Таким образом, основной причиной синдрома Мэллори-Вейса является интенсивная рвота в большинстве случаев на фоне злоупотребления алкоголя, при этом эндоскопическое исследование (ФГДС) – наиболее важный способ диагностики и миниинвазивного лечения данной патологии.

Литература:

1. Соловьев, А.С. Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Мэллори-Вейсса / А.С. Соловьев // Анналы хирургии. - 2007. - №1. - С. 29-33.

2. Короткевич, А.Г. Эндоскопия при синдроме Маллори-Вейсса / А.Г. Короткевич, Я.Я. Маринич, Л.И. Лобыкин // Эндоскоп. хирургия. - 2009. - №3. - С. 20-25.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Дешук А.Н., Кислюк И.В., Гривачевский С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Гарелик П.В.

Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) являются чрезвычайно важной проблемой в неотложной хирургии органов брюшной полости. Несмотря на достижения современной медицины, летальность при них остается высокой с колебаниями от 8% при консервативной терапии, до 13% при оперативном лечении [1, 2].

Цель. Проанализировать и изучить встречаемость и особенности желудочно-кишечных кровотечений при различных патологиях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Задачи и методы исследования. Анализ результатов лечения пациентов с ЖКК в клинике общей хирургии на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с 2013 года по декабрь 2015 года включительно.

Результаты и выводы. В период с 2013 года по декабрь 2015 года на лечении в центре гастродуоденальных кровотечений, в клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» находился 271 пациент, из них женщин было 102 (37,6%), мужчин – 169 (62,4%). Средний возраст пациентов составил $53,5 \pm 1,3$ лет.

При поступлении в центр гастродуоденальных кровотечений преобладали жалобы на наличие выраженной общей слабости (256 человек (94,5%)), головокружения (233 пациента (85,9%)), потери сознания (4 человека (1,5%)), черного стула (мелены) - 197 (72,7%), рвоты кровью (гематомезиса) – 159 (58,7%). Рвота типа “кофейной гущи” наблюдалась у 58 (21,4%), стул с примесью крови верифицирован у 6 (2,2%) человек. В связи с тяжелым состоянием 37 (13,6%) пациентов из приемного отделения были незамедлительно госпитализированы в отделение анестезиологии и реанимации. Всем пациентам при отсутствии абсолютных противопоказаний выполнялось эндоскопическое исследование – фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). У 107 (39,5%) из них установлены эрозивно-язвенные поражения желудка, а у 97 (35,8%) человек - 12-перстной кишки, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода выявлены у 20 (7,4%) пациентов, синдром Маллори-Вейсса у 16 (5,9%), а у 15 (5,5%) человек причиной кровотечения были полипы желудка. Опухолевый злокачественный процесс с кровотечением и распадом в желудке имел место у 10 (3,7%) человек. У 4 (1,5%) пациентов при ФГДС выявлена эритематозная гастропатия, однако впоследствии при колоноскопии установлен диагноз злокачественного новообразования толстого кишечника, что и явилось причиной кишечного кровотечения, еще у 2 (0,7%) человек источник кровотечения установить так и не удалось. Всем без исключения пациентам проводилась попытка остановки кровотечения эндоскопически: у 48 (17,7%) человек выполнен инъекционный эндогемостаз, у 98 (36,2%) - клипирование кровоточащего сосуда с инъекционным эндогемостазом; 17 (6,3%) пациентам с кровотечением из варикозных вен пищевода был установлен зонд Блэкмора, у 103 (38%) кровотечение было состоявшимся и не требовало остановки. 2 (0,7%) пациентам в связи с безуспешностью эндоскопического гемостаза и 3 (1,1%) вследствие рецидива желудочного кровотечения была выполнена лапаротомия с резекцией желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера с межкишечным анастомозом по Брауну.

Таким образом, основным методом диагностики ЖКК их верхних отделов ЖКТ является эндоскопическое исследование (ФГДС), при котором возможно не только визуализировать и дифференцировать источник кровотечения, но и применить один из способов его остановки.

Литература: