

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА С УЧЕТОМ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ

*Чередников Е. Ф., Малеев Ю. В., Литовкина Т. Е., Чередников Е. Е.

Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией, Кафедра факультетской хирургии
Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

*Corresponding author: ymaleev10@yandex.ru

Abstract

PREDICTION OF BLEEDING IN MALLORY-WEISS SYNDROME IN VIEW OF CONSTITUTIONAL FEATURES OF PATIENTS

Background: The correlation between the constitutional features of patients with the syndrome of Mallory-Weiss and the various features and the severity of the clinical course of the disease.

This may allow improving the diagnostic efficiency in order to prevent errors and complications.

Material and methods: All patients with the syndrome of Mallory-Weiss on admission endoscopic examinations were performed. Anthropometric studies were performed on 23 patients.

Results: based on the data of the conducted analysis, we can distinguish four forms of thyroid: gland with a maximum value of the angle between the axes of the lateral lobes; glands with a minimum value of this angle; glands with a maximum length of axes of the side lobes and the maximum distance between their upper poles; glands with a minimum length of the axes of the side lobes and the minimum distance between their upper poles.

The peculiarities of the topography and structure of the accessory muscles of the infrahyoid area should be taken into account when performing operative accesses to the front of the neck.

Conclusions: Analysis of the data showed that the anthropometric studies are available as measuring distacia spirum epigastrium and height can help in the diagnosis of localization gaps and prediction of bleeding in discontinuous-hemorrhagic syndrome

Key words: Mallory-Weiss syndrome, constitutional features, prediction of bleeding.

Актуальность

Разрывно-геморрагический (Меллори-Вейсса) синдром относится к числу неотложных состояний в абдоминальной хирургии [1, 3, 4, 5, 6].

Если 30 лет назад кровотечения на почве разрывно-геморрагического синдрома наблюдались в единичных случаях, то в настоящее время они являются ведущими среди всех кровотечений неязвенного генеза [1, 3, 4].

В существенном увеличении числа больных, страдающих кровотечением на почве разрывно-геморрагического синдрома, за истекшие десятилетия важнейшее значение имеет внедрение эндоскопического метода исследования, до широкого клинического применения которого геморагии на почве разрывно-геморрагического синдрома оставались клинически невыявленными.

Эти больные относились к группе больных с так называемыми кровотечениями невыясненной этиологии, которые 30-40 лет назад составляли до 13-14% всех кровотечений из пищеварительного тракта [3].

Актуальность изучения степени тяжести клинического течения разрывно-геморрагического синдрома определяется еще и высокой степенью послеоперационной летальности, достигающей 10-17% [1, 3, 4, 5, 6].

В этой связи очевидна особая значимость прогнозирования характера кровотечения уже на начальном диагностическом этапе исследования больного.

Исследований, посвященных изучению конституциональных особенностей данной категории пациентов, в доступных исследованиях по типовой анатомии человека не обнаружено [4, 5, 7].

Цель работы. Выявить взаимосвязь между конституциональными особенностями больных с синдромом Меллори-Вейсса и различными особенностями и степенью тяжести клинического течения заболевания.

Материал и методы

Всем больным с синдромом Меллори-Вейсса при поступлении в стационар производились эндоскопические исследования. Антропометрические исследования были выполнены на 23 больных.

У каждого пациента определялось: межостное расстояние (*distantia spinarum*); передне-задние диаметры на уровне: нижней апертуры грудной клетки, верхней передней подвздошной ости. А также измерялась окружность живота на уровне: 10-х ребер, пупка, подвздошных гребней, верхней передней подвздошной ости.

Все расчеты полученных данных при проведении исследований производились с помощью универсального пакета статистических программ «Statistica 5.1 (Statsoft Inc. USA) 2.

Результаты и обсуждение

При проведении антропометрических исследований у больных с синдромом Меллори-Вейсса мы получили неизвестные ранее данные о конституциональной предрасположенности к особенностям течения данного заболевания.

При сравнении средних величин методом Шефе на уровне значимости $p=0,05$ достоверно установлены следующие закономерности (табл. 1).

В ходе проведенного исследования выявлено следующее.

1. Количество разрывов.

Одиночные разрывы в месте перехода пищевода в желудок чаще встречаются у лиц с брахиморфным типом телосложения (средний или ниже среднего рост, длинное туловище, короткие нижние конечности, широкие плечи, широкая грудная клетка, большой вес), а множественные (два и более) – у лиц долихоморфного типа (высокий или выше среднего рост, короткое туловище, длинные нижние конечности, узкие плечи, длинная грудная клетка, малый вес).

Причем, одиночные разрывы встречаются в 3,4 раза чаще, чем множественные. У всех они имели вертикальное направление.

Таблица 1

Антропометрические показатели живота у лиц с различным количеством разрывов при синдроме Меллори-Вейсса (см, $p=0,05$)

№ п/п	Абсолютные антропометрические показатели живота	Количество разрывов	
		Один (см)	Два и более (см)
1.	Межостное расстояние(<i>distantia spinarum</i>)	25,3	22,6
2.	Передне-задние диаметры на уровне:		
2.1.	Нижней апертуры грудной клетки	22,6	20
2.2.	Верхней передней подвздошной ости	22,1	18
3.	Окружность живота на уровне:		
3.1.	10-х ребер	90,6	76,4
3.2.	Пупка	92,4	76,6
3.3.	Подвздошных гребней	92,3	78
3.4.	Верхней передней подвздошной ости	92,3	78,8

2. Локализация дефектов. Разрывы в правом и заднем секторах желудочно-кишечного тракта характерны для лиц с межостным расстоянием (*distantia spinarum*), равным 25,1 см и более, а в левом и переднем секторах – при 22,1 см и менее.

При окружности грудной клетки 97,4 см разрывы возникали чаще в правом секторе, 96,0 см – в заднем и 67,1 см – в левом и переднем секторах.

3. Степень тяжести клинического течения разрывно-геморрагического синдрома. Меньшую высоту надчревя (10,3 см и менее) имеют больные с продолжающимся кровотечением (тип FIA – FIB) и угрозой его возникновения, чем лица со стабильно остановившимся кровотечением (12,3 см и более) (тип FIIA – FIIB).

Таким образом, анализ полученных данных показал, что такие доступные антропометрические исследования как измерение *distacia spirum* и высоты надчревя могут помочь в диагностике локализаций разрывов и прогнозировании характера кровотечения при разрывно-геморрагическом синдроме. Это может обеспечить повышение диагностической эффективности с целью предотвращения ошибок и осложнений.

Выводы

1. Выявленная в результате проведенного исследования взаимосвязь между конституциональной особенностью больных с синдромом Меллори-Вейсса, локализацией и количеством возникающих разрывов области пищеводно-желудочного перехода позволяет объяснить различную степень тяжести клинического течения.

2. В программу обследования больных с разрывно-геморрагическим синдромом необходимо включать антропометрические исследования по измерению высоты надчревя (расстояние от пупка до мечевидного отростка). У пациентов, имеющих высоту надчревя 10,3 см и менее можно прогнозировать угрозу возобновления пищеводно-желудочного кровотечения, а с высотой надчревя, равной 12,3 см и более прогнозировать стабильно остановившееся кровотечение. Это может обеспечить повышение диагностической эффективности с целью предотвращения ошибок и осложнений.

3. В диагностике характера источника кровотечения при разрывно-геморрагическом синдроме главная роль принадлежит экстренной эзофагогастродуоденоскопии, которая в условиях работы специализированного Центра должна иметь характер круглосуточной службы.

Литература

1. Баткаев А.Р. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрисветной эндоскопии (экспериментально-клиническое исследование): дис... д-ра мед. наук/ А.Р. Баткаев. – Воронеж, 2010. – 220 с.
2. Галлингер Ю.И. Диагностика и лечение синдрома Меллори-Вейсса / Ю.И. Галлингер // Редкие и труднодиагностируемые заболевания органов пищеварения: материалы пленума Всесоюзного науч. общества гастроэнтерологов. – Душанбе, 1977. – С. 48-49.
3. Лечение больных с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием новых технологий /Е.Ф. Чередников, А.Р. Баткаев, Ю.В. Малеев, Е.Е. Чередников, А.А. Купцов, Г.В. Полубкова// Вестник хирургической гастроэнтерологии. – М., 2009. – №2. – С.27-32.
4. Луцевич Э.В. Неязвенные желудочно-кишечные кровотечения: автореф. дис... д-ра мед. наук / Э.В. Луцевич. – М., 1971. – 40 с.
5. Мирошников Б.И. Синдром Меллори-Вейсса. / Б.И. Мирошников, А.К. Рассказов. – СПб., 1994. – 82 с.
6. Особенности разрывов при синдроме Меллори – Вейсса /Е.Ф. Чередников, Ю.В. Малеев, А.Р. Баткаев, А.В. Черных, Е.Е. Чередников// Клиническая анатомия и экспериментальная хирургия. – Вып.7 (Приложение к журналу «Морфологические ведомости»). – Оренбург, 2007.-С.90-96
7. Шевкуненко В.Н. Типовая анатомия человека / В.Н. Шевкуненко, А.М. Геселевич. – Л.; Огиз-Биомедгиз, 1935. – 231 с.