

method of choice at presence of intrathoracic pathology, what has all advantages of minimal invasiv and minimal traumatic operations.

Keywords: *pleural effusions, disseminated lung diseases, mediastinum tumors, videothoracoscopy, trauma of chest organs, gemothorax.*

УДК 616.3

ЯЗВА ДЬЕЛАФУА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

В.П.Слободяник, А.П.Куриленко, К.Д.Ткач, В.А.Зосим, Д.А.Рагушин

Национальный военно-медицинский клинический центр “Главный военный клинический госпиталь” МО Украины

Резюме. *Описано клиническое наблюдение редкой причины профузного желудочно-кишечного кровотечения – язвы Дьелафуа. Использование эндоскопического способа диагностики и эндоскопического гемостаза позволило обнаружить источник кровотечения и успешно остановить кровотечение.*

Ключевые слова: *профузное желудочно-кишечное кровотечение, язва Дьелафуа, эзофагогастроскопия, клиническое наблюдение.*

Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта наиболее часто возникает при гастро-дуоденальной язве, эрозиях, гастритах, эзофагитах, разрывах Меллори-Вейсса, варикозе вен, язвах Баретта, новообразованиях пищевода и желудка. Язва или болезнь Дьелафуа, (интрамуральные артериовенозные мальформации) является причиной острых желудочно-кишечных кровотечений у 0,9-5,8% больных. Болезнь Дьелафуа считается генетически обусловленным заболеванием, проявляющимся аномалией развития сосудов подслизистого слоя желудка с наличием эрозии необычно крупной артерии без признаков васкулита и формированием острой язвы с массивным кровотечением. В основе данной патологии лежит пенетрация дилатированной, как правило, крупного калибра артерии подслизистого слоя через неизмененную слизистую оболочку ЖКТ. Данное состояние может сопровождаться разрывом стенки артерии и кровотечением. В качестве возможной этиологии рассматривается истончение слизистой оболочки в результате ишемии или других причин. Не последнюю роль в патогенезе заболевания играют пептический фактор, механические повреждения слизистой оболочки, пульсация подлежащих артерий, гипертоническая болезнь, атеросклероз, эндотоксикоз, нарушения гормонального гомеостаза, аутоиммунные заболевания.

При наполнении сосудов желудка эта патология довольно эффективно распознается эндоскопически, но в период «остановившегося кровотечения» установить диагноз может быть чрезвычайно трудно.

Широкое внедрение эндоскопической диагностики при желудочно-кишечных кровотечениях позволяет на сегодняшний день достоверно установить источник кровотечения при первом исследовании у 71,2–98% пациентов.

Цель исследования. Улучшение диагностики и результатов лечения язвы Дъелафуа.

Материалы и методы. За период с 2010г по 2016г в отделении малоинвазивной хирургии и эндоскопии НВМКЦ «ГВКГ» диагностировано и пролечено 10 пациентов с диагнозом язва Дъелафуа, из которых 8 мужчин (80%) и 2 женщины (20%). Все пациенты были госпитализированы по экстренным показаниям по поводу кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Возраст больных колебался от 44 до 89 лет. Степень кровопотери у больных при поступлении оценивалось как средней степени тяжести у 6 пациентов, тяжелой у 3 и легкой у 1. Источник кровотечения при гастроскопии был диагностирован у 10 больных (9 при первичной и 1 при повторной эндоскопии). Все пациенты прошли общеклиническое обследование, выяснен анамнез заболевания, наличие сопутствующей патологии. Эндоскопическое исследование проводилось аппаратом с торцевой оптикой: фиброгастроскопами GIF-Q20 и видеогастроскопом GIF-2T160 Производилось обкалывание зоны язвы адреналином с последующим коагулированием и клипирование сосудов с помощью вращающегося устройства для наложения клипс фирмы «Olympus»

Нам представляется интересным поделиться клиническим наблюдением успешного лечения больного с язвой Дъелафуа.

Пациентка П., 1953 г/р., история болезни №11649. Поступила: 21.06.2016г с жалобами на резкую слабость, рвоту свежей кровью со сгустками. Доставлена в отделение реанимации в общем тяжелом состоянии. Больная в сознании, адекватна. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Дыхание самостоятельное, эффективное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/70 мм.рт.ст, пульс 90 уд. в мин. Живот мягкий, перистальтика прослушивается. Произведена катетеризация подключичной вены ЦВД 0 см, взяты контрольные анализы крови: общий анализ крови, биохимический анализ, электролиты. Гемоглобин – 108 г/л, эритроциты – 3,26Ч10¹²/л, Ht – 0,308, WBC – 14,1; PLT – 248, глюкоза крови – 7.32 ммоль/л.

Выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия 22.04.2016 в 00.30. После анестезии ротоглотки эндоскоп свободно введен в пищевод, стенки которого эластичные, перистальтика прослеживается, слизистая бледная,

гладкая. Кардия сомкнута. В желудке большое количество промывных вод интенсивно окрашенных кровью, с большим количеством (до 300 мл) свежих сгустков крови. После эвакуации содержимого желудка в субкардиальном отделе по передней стенке выявлен дефект слизистой диаметром до 2 мм (на фоне неизменной вокруг слизистой), из которого поступает алая кровь. Выполнено обкалывание слизистой вокруг дефекта глюкозо-адреналиновой смесью, после чего подтекание свежей крови прекратилось. ЛДПК, залуковичный отдел без особенностей.

Заключение: Язва Дъелафуа желудка, осложненная кровотечением. Эндоскопический гемостаз (обкалыванием) – нестабильный.

Кровотечение расценено как тяжелое (сгустки 800мл, кровь 300 мл). Тахикардия до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Показаний к экстренному оперативному вмешательству не было. Проводилась антисекреторная, гемостатическая терапия, гемотрансфузия одногруппной резус-совместимой эритроцитарной массы (510мл) с заместительной целью, восполнение ОЦК. В желудок установлен назогастральный зонд для контроля.

22.04.2016 02.00 Контрольная ФГДС. В желудке до 300 мл старых сгустков крови. Язвенный дефект, являющийся источником кровотечения осмотрен-подтекания свежей крови нет. Заключение: Язва Дъелафуа желудка. Признаков рецидива кровотечения нет. Гемостаз неустойчивый.

22.04.2016 09.00 у пациентки возник рецидив кровотечения. По желудочному зонду 300 мл желудочного сока с примесью крови.

22.04.2016 10.00 ФГДС контроль. Пищевод без особенностей. В субкардиальном отделе по передней стенке, на 2 см дистальнее Z-линии имеет место активное струйное (неинтенсивное) кровотечение алой кровью. В желудке большое количество алой крови и сгустков. Выполнено клипирование участка кровотечения с последующим обкалыванием реместипом и глюкозо-адреналиновой смесью. Кровотечение остановлено.

Заключение: Рецидив кровотечения из язвы Дъелафуа желудка. Эндоскопический гемостаз (клипирование, обкалывание слизистой). Контроль в 14.00. Больной продолжена гемостатическая терапия в условиях реанимации, перелито 520 мл эритроцитарной массы. При возникновении рецидива кровотечения больной будет предложена операция, по жизненным показаниям, по поводу остановки кровотечения, лапароскопическим методом, с возможной конверсией.

22.04.16..14.00 Контрольная ФГДС. Клипированный участок слизистой без признаков рецидива кровотечения.

Больной продолжается противоязвенная, гемотрансфузионная, гемостатическая терапия. Контроль желудочного содержимого по зонду.

25.04.2016 Контрольная ФГДС. Пищевод, ЛДПК, залуковичный отдел без особенностей. В желудке: участок остановки кровотечения под фибрином, визуализируются наложенные клипсы. Заключение: Состояние после остановки кровотечения из язвы Дъелафуа. Данных за рецидив кровотечения нет.

Заключение

Описано клиническое наблюдение язвы Дъелафуа у женщины 63 лет. Язвы Дъелафуа вызывают острые массивные кровотечения, угрожающие жизни больного и остаются все еще сложными в диагностике. Клиппирование аррозированного сосуда является наиболее надежным и практически окончательным методом эндоскопического гемостаза при этой патологии, а также залогом успеха лечения больного с язвой Дъелафуа. Новая эндоскопическая техника и способы эндоскопического гемостаза (а именно, клиппирование сосуда) значительно уменьшили летальность и хирургическую активность при этой патологии.

Литература

1. Ананко А.А. Тактика диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений на современном этапе (обзор западной литературы) // Український медичний часопис. — 2006. — № 6/56. — С. 55-60.
2. Воробьев Г.И., Капуллер Л.Л., Минц Я.В. и др. Болезнь Дъелафуа-редкая причина рецидивирующих кровотечений// Вестник хирургии.-1986.- N5.- С.67-69
3. Горбатюк О.М. Діагностика шлунково-кишкових кровотеч у дітей // Современная педиатрия. — 2006. — № 2(11). — С. 70-72.
4. Кузьминов А.М. Ангиодисплазии кишечника// Дисс. докт. мед. наук.- М.-1997г.
5. Королев М.П., Волерт Т.А. Лечебная тактика при синдроме Дъелафуа/ Научно-практическая ежегодная конференция Ассоц. хирургов Санкт-Петербурга. СПб.-2001г.-С.104-107.
6. Кочуков В.П. и соавт. Редкая причина желудочно-кишечного кровотечения (язва Дъелафуа- Dieulafoous disease). Вестник Медси N 17 2012г С.74-78.
7. Троценко С.Н., Орлов В.Н., Дамыдюк А.П. Кровотечение при болезни Дъелафуа как пример острого желудочно-кишечного кровотечения неясной этиологии // Клінічна хірургія. — 2010. — № 10. — С. 56.
8. Фомин П.Д., Никишаев В.И., Музыка С.В. Диагностика и лечение болезни Дъелафуа // Український медичний часопис. — 2003. — № 2/34. — С. 116-120.
9. Фомин П.Д., Никишаев В.И. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение // Здоров'я України. — 2010. — Тематичний номер. — С. 8-11.

10. Черепянцев Д.П. Этиопатогенез, диагностика и лечение язвенных кровотечений. Журнал Эндоскопия N2 2012г. С.25-33.

11. Rollhauser C., Fleischer D.E. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Endoscopy. 2002. - Vol.34, N 2. - P.111-118.

12. Fockens P., Tytgat G.N. Dieulafoy disease // Gastrointest. Endosc. — 1996. — № 6(4). — P. 739-752.

13. Matsui S., Kamisako T., Kudo M., Inoue R. Endoscopic band ligation for control of nonvariceal upper GI hemorrhage: Comparison with bipolar electrocoagulation // Gastrointest. Endosc. — 2002. — № 55(4). — P. 214-218.

14. Kasapidis P., Delis V., Balatsos V. Dieulafoy disease endoscopic treatment and follow up of rare cause of upper GI bleeding // Endoscopy. — 1999. — № 31. — P. 36.

Summary. *The clinical observation of the rare causes profuse gastrointestinal bleeding - Dieulafoy ulcers . Using the method of endoscopic diagnosis and endoscopic hemostasis possible to detect the source of the bleeding and stop the bleeding successfully .*

Keywords : *profuse gastrointestinal bleeding , ulcers Dieulafoy , esophag.*

УДК 617.5-001.1

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ БОЙОВОЇ ТРАВМИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

А.Т. Слободянюк, Т.М. Левченко

Українська військово-медична академія

Резюме. *У статті викладений аналіз літературних даних, щодо проведення знеболення у пацієнтів з вогнепальними пораненнями в ранньому післяопераційному періоді.*

Ключові слова: *травми грудної клітки, післяопераційне знеболення при торакотомії, інтраплевральна аналгезія.*

Вступ. Операції на органах грудної клітки травматичні, пов'язані з прямою пошкоджуючою дією на життєво важливі функції – дихання та кровообіг, часто супроводжуються значною крововтратою і необхідністю в інтенсивній терапії [1]. Біль, пов'язаний з недостатньою аналгезією, може викликати зменшення легневих об'ємів і зниження кашльового рефлексу з наступним збільшенням післяопераційної смертності та ускладнень.