

поверхности, некроз кожи лоскута и образование рубцов [6]. В нашем исследовании послеоперационные осложнения не наблюдались ни у одного из наших пациентов. Нужно быть предельно внимательным при выполнении срединных и боковых остеотомий, так как это один самых сложных этапов ринопластики, коррекции которых считаются нелегким делом. Та же ситуация наблюдается при резекциях костно-хрящевой спинки носа. При искривлениях костной спинки необходимо принимать во внимание искривление носовой перегородки. В случаях искривлений перегородки мы делали септопластику, выпрямляя перегородку, а затем использовали трансплантаты-распорки для удаления асимметрии наружной костной основы. В случаях, необходимых к выравниванию кончика носа, использовали хрящевой трансплантат ребра и перегородки носа. Трём пациентам с нарушенными механизмами опоры кончика носа применили колумелльную стойку в виде поддержки. В нашем клиническом исследовании осложнений, чрезвычайные резекции каудальной части крыльев носа, приведшие к асимметрии, тоже были скорректированы с помощью хряща-трансплантата.

Выводы

Исходя из вышеперечисленного, можно прийти к выводу, что количество вторичных септоринопластик возрастает прямопропорционально с ростом числа первичных операций носа. В этих операциях требуется особое внимание и тщательный анализ, необходимы более сложные техники оперативных вмешательств.

Соответственно, вторичными септоринопластикой должны заниматься более опытные ринохирурги.

С каждым пациентом, которому требуется вторичная септоринопластика, должна проводиться детальная беседа, где ринохирург обсудит с пациентом ожидания от предстоящей операции, результаты и возможные осложнения. Только после всего этого, снизив до минимума всевозможные риски, мы должны приступать к вторичной септоринопластике.

Литература:

1. Kemer FM, McQuown SA. Revision rhinoplasty. Analysis and treatment. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988;114:257-66.
2. Adamson PA. The failed rhinoplasty. Curr Ther Otolaryngol. Head and Neck Surg 1990;4:137-44.
3. Vuyk HD, Watts SJ, Vindayak B. Revision rhinoplasty: review of deformities, aetiology and treatment strategies. Clin Otolaryngol Allied Sci 2000;25:476-81.
4. Bilgili AM, Koç A, Veyseller B, ve ark. Revizyon rinoplasti olgularımızın retrospektif analizi. Türkiye Klinikleri J ENT 2000;4:95-101.
5. Wright WK, Kridel RW. External septorhinoplasty: a tool for teaching and for improved results. Laryngoscope 1981;91:945-51.
6. Gunter JP, Rohrich RJ. External approach for secondary rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 1987;80:161-74.

Abstract

REVISION SEPTORHINOPLASTY

M. Mamanov, E. Inci

Istanbul University Cerrahpasa Medical School
Otolaryngology Department

We reviewed 17 patients before and after revision septorhinoplasty, marked the most common complications of septorhinoplasties, as well as the ways how they can be avoided, and methods of removing them in the events. We should carefully evaluate patients before secondary septorhinoplasty, determine the localization of primary septorhinoplasties defects and the correction methods we can use to eliminate defects. It should be noted that secondary surgery is much more complicated than primary septorhinoplasty, so it is advisable to secondary septorhinoplasties doing more experienced surgeons.

Key words: revision septorhinoplasty, operations, nose, surgeon.

УДК -616.33-005.1-89

Н.М. Абишев

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА МАЛЛОРИ - ВЕЙССА

Аннотация

Ведущим дифференциально-диагностическим тестом в постановке источника кровотечения желудочно-кишечного тракта, является эндоскопическое исследование. Лечебно-диагностическая программа в установлении диагноза Маллори-Вейсса на современном этапе предусматривает консервативно-выжидательную тактику. При профузном кровотечении из трещин в кардии и пищеводе показана экстренная операция по устранению источника артериального кровотечения из глубоких трещин.

Ключевые слова: Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), острая почечная недостаточность (ОПН), Центральное венозное давление (ЦВД), эзофагоскопия.

Актуальность: Внедрение в медицинскую практику современных эндоскопических методов исследования с волоконной оптикой значительно расширило возможности врачей эндоскопистов и хирургов в ран-

нем распознавании грозного для жизни пациента синдрома Маллори-Вейсса. Только при желудочных кровотечениях данное заболевание встречается до 8%. Чаще трещины появляются в кардио-пищеводном от-

деле желудка в результате резкого физического напряжения, многократной неукротимой рвоте, которые мгновенно повышают внутрибрюшное, а также внутрижелудочное давление. Особенно развитию синдрома Маллори – Вейсса способствуют злостное употребление алкоголя, переполнение желудка пищевыми массами.

В Больнице скорой медицинской помощи в хирургическом отделении по экстренным показаниям поступили 32 пациентов обоего пола в возрасте от 35 до 62 лет, доставленных врачами скорой помощи, по поводу остроого желудочно-кишечного кровотечения, которым было проведено соответствующее лечение. В процессе комплексного обследования у них установлен синдром Маллори-Вейсса. У 16 больных желудочному кровотечению предшествовала многократная рвота с интоксикационным синдромом алкогольного происхождения. У 12 пациентов заболевание началось с появления кровавой рвоты, у 4 - проявилось меленой (дегтеобразный стул), тяжелая степень кровопотери выявлена - у 9 больных, средняя - у 13, легкая кровопотеря - у 10 пациентов. Синдром Маллори-Вейсса до операции предполагали у 6 больных, учитывая классический анамнез, так как кровотечению предшествовали частая рвота и физическое перенапряжение. Экстренная эзофагогастродуоденоскопия почти в 98% выявляла точный диагноз синдром Маллори-Вейсса. У 12 больных с большой кровопотерей и продолжающимся кровотечением на фоне восполнения кровопотери проведены оперативные пособия – гастротомия с ушиванием лигатурами глубоких трещин, из 4 пациентов, оперированных в районной больнице, двух пациентов пришлось оперировать повторно из-за рецидивного кровотечения, в результате несостоятельности лигатурных швов с некрозом ткани.

Приводим клиническое наблюдение: Больная П. 42 лет, оперирована в районной больнице хирургом, но источник кровотечения не был обнаружен, несмотря на выполнение гастротомии. На 4-сутки после операции появилась рвота цвета «кофейной гущи», снизилось артериальное давление, гемоглобин снизился до 28 г/л. Несмотря на активное лечение гемостатическими препаратами, массивное переливание свежей крови, кровотечение продолжалось. На пятые сутки в хирургическом отделении городской больницы выполнена широкая гастротомия в проксимальном отделе желудка. На операции в кардиальном отделе на задней поверхности замечен красный тромб, трещины зашиты узловыми капроновыми лигатурами с захватом подслизисто-мышечного слоя. Из-за неустойчивого гемостаза принято решение перевязать левую желудочную артерию желудка, что обеспечило хороший эффект остановки кровоточащего из трещины, артериального сосуда. Больная выписана с выздоровлением.

Красные тромбы, обнаруженные в кардиальном отделе желудка, у трех больных позволили своевременно выявить источник кровотечения. В основном, у пациентов обнаруживались трещины в кардиальном отделе желудка, реже с переходом на пищевод. По одной трещине в кардиальном отделе отмечено - у 16 пациентов, по 2 - у 14. Трещины в окружности кардии с переходом на пищевод. Длина трещин варьировала от 1 до 6 см., ширина – от 2,5 до 5 мм., направление трещин почти всегда отмечалось продольным. Мы убедились в преимуществе разглаживания складок слизистой оболочки желудка, пищевода марлевыми

тупферами или тампонами при поиске разрывов трещин. Несвоевременное распознавание разрыва слизистой оболочки кардиального отдела желудка может привести к рецидивному кровотечению и развитию тяжелых осложнений. Оперативное лечение у этой категории больных заключается в верхне-срединной лапаротомии и гастротомии поперечной стенки желудка, зашивании трещин с захватом подслизистого и даже мышечного слоя. Мы разделяем мнение отдельных авторов [4,5,6] придерживающихся активной хирургической тактики в лечении синдрома Маллори – Вейсса, но допускающих консервативное лечение пациентов. Если кровотечение своевременно остановилось от применения комплексной гемостатической терапии, противоязвенных лекарственных средств, оперативное пособие не применяется.

При поступлении больного в приемное отделение с диагнозом пищеводно-желудочного кровотечения необходимо оценить тяжесть состояния больного, а также информировать эндоскописта о возможном источнике кровотечения по данным анамнеза [1,3,7]. Изучение анамнеза – большое подспорье в дифференциальной диагностике синдрома Маллори-Вейсса, цирроза печени, портальной гипертензии, язвы, распада опухоли с кровотечением [2].

Основной дифференциально-диагностический тест в установлении источника кровотечения - экстренное эндоскопическое исследование. При нестабильных показателях гемодинамики и продолжающемся кровотечении его выполняют в операционной, после остановки катетера в центральную вену, восполнения ОЦК кристаллоидами при участии анестезиолога, оценивающего возможность проведения эндоскопии в условиях интубационного наркоза. Информацию, полученную во время эндоскопического исследования, считают отправной точкой принятия в выборе метода лечения.

Лечебная тактика после установления диагноза кровотечения «синдром Маллори-Вейсса» - консервативно-выжидательная. Начинается интенсивная инфузионная терапия, свежечитратной крови не более 3-х суточной заготовленной крови, гемостатика под контролем ЦВД с целью оценки адекватности коррекции волеических нарушений. Не следует допускать снижение гематокрита ниже 25% и падения диуреза менее 40 мл в час. Несоблюдение указанных условий приводит к развитию печеночно-почечной недостаточности.

Своевременно назначенная и адекватно проведенная инфузионно-трансфузионная терапия определяет исход лечебных мероприятий при развившемся пищеводно-желудочном кровотечении из глубоких трещин эзофагокардиальной области. Если консервативные мероприятия не эффективны, показана экстренная операция – гастротомия, ушивание разрывов с перевязкой кровоточащих сосудов.

У больных пожилого и старческого возраста, имеющих сопутствующую тяжелую патологию - эндоскопический гемастоз, это последняя надежда на остановку кровотечения.

В настоящее время скрининг наиболее информативен для выявления синдрома Маллори-Вейсса. Эзофагогастроскопия, применяемая в клинической практике, помогает установить диагноз и в определенной степени прогнозировать развитие осложнений. Типичными клиническими проявлениями данного заболевания являются обнаружение на эндоскопии продольных поверхностных или глубоких трещин в га-

строзофагеальной области. Если консервативная терапия не эффективна, производится оперативное пособие гастротомия из абдоминального доступа в проксимальном отделе желудка в косопоперечном направлении. После этого прошивают отдельными лигатурами все развившиеся продольные кровоточащие трещины слизистой-мышечной ткани в кардиальном отделе желудка, особенно операция приемлема в экстренной ситуации.

Из 32 больных страдающих синдромом Маллори-Вейсса умерли 2 пациента с тяжелой сопутствующей патологией - цирроз печени, сердечно-легочной патологией, ХПН. Все пациенты, лечившиеся в хирургической клинике, после выписки из стационара реабилитационные мероприятия осуществляли у хирургов поликлинического звена. Эндоскопия патологических изменений в желудке по выписке не выявляла рецидива заболевания у пациентов. Пролечившиеся больные работали по своей профессии, вели здоровой образ жизни.

Выводы. Синдром Маллори-Вейсса является опасным осложнением который проявляется профузным кровотечением. Встречается это патология до 8% от всех поступающих больных с острой геморрагией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Разрывы стенки желудка выявляются при внезапном повышении внутрижелудочного давления, на фоне патологических изменений в желудке.

Комплексное обследование с применением экстренной эндоскопии, позволяет выявить количество и

расположение разрывов стенки слизистой кардии желудка, пищевода.

Тактика хирурга при синдроме Маллори-Вейсса должна проводиться активной. Профузные кровотечения являются показанием к экстренной операции. Основным методом оперативного вмешательства при синдроме Маллори-Вейсса, это ушивание трещин стенки желудка со стороны просвета органа.

Литература:

1. Савельев В.С., Буянов В.М. Диагностическое значение эндоскопии верхнего отдела пищеварительного тракта // Вестн. хирургии. - №11. - 1972. - С. 71-77.
2. Пациора М.Д., Цацаниди К.Н., Ерамишанцев А.К., Синдром Маллори-Вейсса. // Вестник Хирургии, 1971, - №2. - С. 139-140.
3. Утецев Н.С. и соавт., Экстренная гастроскопия в диагностике острых кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта // Вестник хирургии - 1972, - С. 147 - 148.
4. Горбашко А.И., Острые желудочно-кишечные кровотечения, - Л., - 1974, - С. 160-161.
5. Румянцев В.В. Диагностика и лечение синдрома Маллори-Вейсса // Вестник хирургии, - 1975, - №4, - С. 25-29.
6. Bellmann H., Wohlgemuth B., Kothew L.A. Об этиологии и патогенезе синдрома Маллори-Вейсса, // Хирургия. - 1974, -№2. - С. 14-19.
7. Kasset A.M., Endoscopy, 2000, - №32, - P. 630-634.

Тұжырым

МАЛЛОРИ-ВЕЙСС ЕМДІК БАҒДАРЛАМАСЫ

Н.М. Абишев

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Хирургия және травматология кафедрасы**

Маллори-Вейс синдромы профузды қан кетумен көрінетін қауіпті асқынуы болып табылады. Бұл патология асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлімінің жедел геморрагиясымен түсетін барлық науқастардың 8% дейін кездеседі.

Асқазанның патологиялық өзгерістер фондында, асқазанішілік қысымның кенеттен жоғарлағанда асқазан қабырғаларының жыртылулары байқалады.

Комплексті зерттеулер шұғыл эндоскопия қолдануымен өңештің, асқазанның кардия шырышты қабырғаның жыртылулардың орналасуы мен көлемін анықтауға көмектеседі. Маллори-Вейс синдромы кезінде хирургтың тактикасы белсенді түрде жүргізілуі керек. Профузды қан кетулер шұғыл операцияға көрсеткіш болып табылады. Маллори-Вейс синдромында оперативті араласудың негізгі әдісі – мүшенің ашық аймағынан асқазанның жыртылған қабырғасының тігісі.

Негізгі сөздер: Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), гастротомия, жедел бүйрек жетіспеушілігі (ОПН), орталық көктамыр қысымы (ЦВД).

Summary

MALLORI-VEISS'S MEDICAL PROGRAM

N.M. Abishev

**Semey State Medical University,
Chair of surgery and traumatology**

Mallori-Weiss's syndrome is dangerous complication which is shown profuse bleeding. There is this pathology to 8% from all arriving patients with sharp hemorrhage the top department of gastroenteric tract.

Ruptures of a wall of a stomach come to light at sudden increase of intragastric pressure, against pathological changes in a stomach.

Complex inspection with application emergency endoscopy, allows to reveal quantity and arrangement of ruptures of a wall mucous stomach, esofagus. Tactics of the surgeon at syndrome Mallori-Vejssa should be spent by the active. Profuse bleedings are the indication to emergency operation. The basic method of operative intervention at syndrome Mallori-Vejss is suturing cracks of wall of stomach from a body gleam.

Key words: fibrogastroduodenoscopy (FGDS), gastrotomy, acute renal-features (ARF), Central venous pressure (CVP).