

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОСТАТИЧНОГО ВПЛИВУ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ МАЛЛОРИ-ВЕЙСА, УСКЛАДНЕНОГО ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

*В.В. Бойко, І.А. Криворучко, В.Г. Дуденко, І.А. Тарабан, В.Г. Грома,
Р.І. Османов (Харків)*

У хворих з синдромом Маллорі-Вейса та супутньою печінковою недостатністю ступінь важкості кровотрати визначається двома компонентами кровотечі - венозним та артеріальним. У хворих зі схильністю до зловживання алкоголем є "прихована" портальна гіпертензія і при розриві слизової з пошкодженням кардіального судинного сплетіння кровотеча, як правило дуже масивна та обумовлена як артеріальним так і венозним компонентом.

Виходячи з вищевказаного вважали за доцільне включення пітуїтрину в комплекс гемостатичної терапії у цих хворих. Пояснюється це тим, що пітуїтрин зменшує приток артеріальної крові до органів черевної порожнини, знижує портальний тиск і тим самим сприяє зупинці кровотечі. Враховуючи короточасний ефект пітуїтрину (15-20 хв.), нами запропонована наступна методика. Інфузійна терапія проводилася одночасно в дві вени. В одну з них повільно краплинно вводили 15-20 одиниць пітуїтрину на 500 мл 0,9% розчину натрію хлориду, або розчину Рингера. Тривалість інфузії становила 4-5 годин та повторювалась двічі на добу на протязі перших двох діб. В іншу вену вводили загальновідомі гемостатичні препарати та проводили при необхідності геотрансфузії.

Цей метод використано нами у 22 хворих. Рецидив кровотечі виник лише у 1 хворого з виразки дванадцятипалої кишки. Під час операції кровотечі з зони розриву слизової не виявлено, останній прошитий вузловими швами, а виразка висічена.

Враховуючи позитивні результати спостережень вважаємо за доцільне більш широке впровадження методу в клінічну практику хірургічних відділень.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ МАЛЛОРИ-ВЕЙСА

*В.В. Бойко, І.А. Криворучко, В.Г. Дуденко, І.А. Тарабан,
Р.І. Османов, В.Г. Грома (Харків)*

Труднощі, що виникають під час операції у хворих з синдромом Маллорі-Вейса часто стримують хірурга від оперативного втручання на висоті кровотечі. З метою полегшення знаходження розриву слизової кардіоезофагеальної зони нами використана наступна методика. В області повздожньої гастротомії по передній поверхні кардії шлунок береться на 4 трималки. З допомогою тупферів слизова натягується, корцангом проводиться ділятація кардіо-стравохідної розетки. Після виявлення розривів, останні зі

сторони порожнини шлунка прошиваються обвивним кетгуттовим швом з захопленням м'язового шару. В разі прорізання швів застосовуються П-подібні шви. Після пілороділятації з цього ж доступу ревизували дванадцятипалу кишку. Після гастропластики враховуючи високі показники кислотопродукції операція у 2 хворих доповнена селективною проксимальною ваготомією, а у 3 хворих з нормальною кислотопродукцією з метою корекції атрофічних змін слизової в зоні втручання, операція завершена десимпатизацією лівої шлункової артерії.

У 1 хворого на синдром Маллорі-Вейса з супутньою важкою кардіальною патологією переносимість лапаротомії була сумнівною. В умовах ангиографічного кабінету після контрастування лівої шлункової артерії та констатації продовження кровотечі з розриву передньої стінки кардіального відділу шлунка була проведена емболізація артерії. Хворий одужав, маніфестації кровотечі не було.

При проведенні контрольних оглядів та повторних курсів профілактичного лікування на протязі 2-4 років, незважаючи на рецидивний характер синдрому Маллорі-Вейса ні в одному з спостережень рецидиву захворювання та переходу в виразкову хворобу шлунка не було.

АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ НА ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ

В.Р. Антонів, В.С. Кульбака, Л.Л. Сук (Київ)

Нами проведено обстеження 874 хворих, яким виконано органозберігаючі операції на щитоподібній залозі у віці 18 – 74 роки на протязі першого року після операції. В залежності від функціонального стану, хворих розподілено на 2 групи: перша: - 340 хворих, що перебували в еутиреоїдному стані і не потребували після операції постійної замісної терапії, друга – 534 хворі після органозберігаючої операції, яким необхідно в комплексному лікуванні використовувати гормони щитоподібної залози.

У 752 (86%) хворих занепокоєння захворюванням, наявністю післяопераційного рубця, періодичні локальні болі є серйозним ударом по їх особистій самооцінці, викликають думки про втрату свободи дії та свою повноцінність. У 245 (28%) хворих тиреоїдна патологія може супроводжуватися тимчасовими розладами статевої діяльності, порушенням менструального циклу. Вже з перших днів післяопераційного періоду у 629 (72%) хворих проходить раптова зміна настрою та емоцій. В другій групі з гіпотиреозом депресивний стан охоплює 347 (65%), у порівнянні з першою групою - 47 (1.4%) хворих.

На психологічний стан суттєво впливають загострення соматичних захворювань та прийом при цьому деяких препаратів, що спостерігається у 419 (48%) пацієнтів обох дослідницьких груп. У 542 (62%) існує "феномен