

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ – ВЕЙССА

Ризаханов Д. М.<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
Кубачев К. Г.<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Шарипов Ш. А.<sup>1</sup>,  
Абдуллаев Э. Г.<sup>2</sup>, доктор медицинских наук,  
Качабеков М. С.<sup>2</sup>,  
Абдуллаев А. Э.<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Кафедра хирургии им. Н. Д. Монастырского ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, 193045, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

<sup>2</sup> Кафедра хирургических болезней № 2 ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 600017, г. Владимир, ул. Горького, д. 5

**РЕЗЮМЕ** Проанализирована эффективность применения эндоскопических методов гемостаза при синдроме Меллори – Вейсса. Сравнивали результаты лечения 549 пациентов, которые были разделены на две группы: в лечении которых не использовались эндоскопические методы (с 2000 по 2004 гг.), в диагностике и лечении которых применялись эндоскопические методы (с 2004 по 2008 гг.). Установлено значительное снижение оперативной активности и общей летальности при лечении с применением эндоскопических методов.

**Ключевые слова:** синдром Меллори – Вейсса, эндоскопический гемостаз, желудочно-кишечное кровотечение.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: [el-brus58@rambler.ru](mailto:el-brus58@rambler.ru)

Актуальность проблемы синдрома Меллори – Вейсса, несмотря на достижения современной медицины, остается довольно значимой. Как известно, одной из главных причин, предрасполагающих к возникновению разрывов пищеводно-желудочного перехода, является злоупотребление алкоголем с последующей рвотой [5]. Синдром Меллори – Вейсса относится к числу остро развивающихся заболеваний: он проявляется выраженным пищеводно-желудочным кровотечением из острых продольных разрывов слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода или кардии, тяжесть кровотечения зависит от глубины разрывов стенки этих органов, когда могут быть повреждены различные по диаметру сосуды подслизистого сплетения, а также сосуды мышечного и субсерозного слоев пищевода и желудка [6].

Задачей хирургов в данной ситуации является нивелирование и эффективное лечение угрожающих жизни состояний, развивающихся вследствие пристрастия к алкоголю. Синдром Меллори – Вейсса занимает 3–4-е место среди причин раз-

вития кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [4].

Стоит отметить, что общая летальность при синдроме Меллори – Вейсса в настоящее время остается на высоком уровне и составляет 5–10%, число рецидивов кровотечений варьирует от 20 до 35% [1, 2, 3]. Поэтому в нашей стране и за рубежом продолжается поиск новых и усовершенствование уже известных методик комбинированного воздействия на очаг кровотечения – различных способов эндоскопического гемостаза с параллельным применением общих мероприятий гемостатического, антисекреторного, кровезамещающего действия [3]. Однако успехи применения эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта на нынешнем этапе развития хирургии не могут быть достигнуты без организации слаженной работы коллектива в специально организованном блоке критических состояний, без четкого алгоритма действий с использованием критериев оценки возможностей эндоскопического гемоста-

Rizakhanov D. M., Kubachev K. G., Sharipov Sh. A., Abdullayev E. G., Kachabekov M. S., Abdullayev A. E.

### EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN MALLORY – WEISS SYNDROME

**ABSTRACT** The authors analyzed the efficacy of endoscopic methods used in Mallory – Weiss syndrome by the comparison of the results of treatment in 549 patients. The patients were divided into two groups: first group where endoscopic methods were not used in the treatment (from 2000 to 2004) and second group where endoscopic methods were used in the diagnosis and treatment (from 2004 to 2008). The significant decrease of the operative activity and general mortality was determined in the treatment with endoscopic methods application.

**Key words:** Mallory – Weiss syndrome, endoscopic hemostasis, gastrointestinal hemorrhage.

за, прогноза возможного рецидива, учета сопутствующей патологии и динамического состояния у каждого конкретного пациента.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности лечения синдрома Меллори – Вейсса в условиях ургентного стационара при преимущественном использовании эндоскопических способов гемостаза.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 549 пациентов с кровотечением из зоны разрыва пищевода-желудочного перехода, поступивших в Александровскую больницу г. Санкт-Петербурга в экстренном порядке в период с 2000 по 2008 гг.

До широкого применения эндоскопии, с 2000 по 2004 гг., прошли лечение 207 больных с синдромом Меллори – Вейсса. При этом 156 пациентов с клинической картиной кровопотери легкой и средней степени получали консервативную терапию. 51 больной с признаками нестабильной гемодинамики и с тяжелой кровопотерей при неэффективности консервативных методов был оперирован в экстренном порядке. Применяли гастротомию и прошивание зоны разрывов.

С 2004 по 2008 гг. активно использовали неотложную эзофагогастроскопию как с диагностической, так и с лечебной целью (342 больных). Все эндоскопические исследования были выполнены в пределах до 3 часов после поступления больных в стационар. Такой порой длительный период от момента поступления больных до проведения эндоскопического гемостаза объясняется необходимостью проведения подготовки верхних отделов пищеварительного тракта (промывание желудка и пищевода холодным физиологическим раствором до светлых вод), а в ряде случаев и активной моральной подготовки больных, не готовых к такой процедуре как из-за относительно стабильного состояния, так и по причине выраженного алкогольного опьянения. Все исследования проводились под адекватным обезболиванием (лидокаиновое орошение либо внутривенный, а в ряде случаев эндотрахеальный наркоз) в условиях палаты интенсивной терапии под наблюдением реанимационной бригады.

При лечении этих пациентов мы придерживались следующей тактики:

1. Определение источника кровотечения в максимально ранние сроки.
2. Эндоскопический гемостаз при обнаружении источника кровотечения.
3. Контрольное исследование при подозрении на рецидив кровотечения, при необходимости с повторным гемостазом.

При первичной эндоскопии выявить источник кровотечения удалось в 73,4% случаев. Причиной неудач являлось наличие обильного количества крови или пищевых масс в желудке. Также им способствовали неадекватное поведение больных, активные срыгивания и выдергивания аппарата. В таких случаях прибегали к общей или внутривенной анестезии и повторному проведению эндоскопического исследования. При этом выявляли локализацию и размеры разрывов слизистой и в зависимости от глубины повреждения и степени интенсивности кровотечения оценивали целесообразность применения эндоскопических методик и их комбинаций, проводили гемостаз. В случае остановившегося кровотечения определяли вероятность развития повторного кровотечения, применяли профилактические лечебные мероприятия.

Эндоскопические вмешательства длились от 10 до 40 минут в зависимости от перечисленных выше факторов. Продолжающееся кровотечение было выявлено у 177 (51,8%) больных, при этом струйное – у 84 (24,6%), диффузное – у 93 (27,2%). Продолжающееся кровотечение не обнаружено у 165 (48,2%) пациентов.

Эндоскопический гемостаз у 171 больного осуществлен посредством инъекционного метода (0,005%-ный раствор адреналина, физиологический раствор) (табл.), у 83 – термических (диатермокоагуляция и аргонплазменная коагуляция), у 26 – механических методов (эндоскопическое клипирование кровоточащего сосуда и эндоскопическое лигирование зоны разрыва латексными кольцами). Комбинированные методы эндоскопического гемостаза применяли у 62 больных (инъекционный и механический, инъекционный и термический).

При отсутствии продолжающегося кровотечения (165 больных) при выполнении эндоскопии вы-

**Таблица.** Эффективность лечения больных с синдромом Меллори – Вейсса с применением эндоскопических методов

| Применяемый<br>эндоскопический метод | Число больных | Число рецидивов |      |
|--------------------------------------|---------------|-----------------|------|
|                                      |               | Абс.            | %    |
| Инъекционный                         | 171           | 27              | 15,8 |
| Термический                          | 83            | 12              | 14,5 |
| Механический                         | 26            | 1               | 3,8  |
| Комбинированный                      | 62            | 5               | 8,1  |

полняли профилактические аппликации в виде инъекций либо диатермокоагуляции.

Размеры выявленных повреждений варьировали от 5 до 50 мм: ширина – от 2 до 10 мм, глубина разрывов – от 2 до 7 мм. Для оценки степени разрывов пользовались классификацией Н. Bellmann: I степень была выявлена у 211 (61,7%) больных, II степень – у 129 (37,7%), III степень – у 4 (1,2%).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У первой группы больных, пролеченных за период 2000–2004 гг., с целью достижения устойчивого гемостаза выполнялась гастротомия с прошиванием зоны разрывов. Показаниями к операции служили признаки тяжелой кровопотери, продолжающееся кровотечение, рецидивы кровотечения на фоне безуспешной консервативной терапии. У ряда больных в послеоперационном периоде наступили различные осложнения: несостоятельность швов – в 4 случаях, повторное кровотечение – в 5, инфаркт миокарда – в 3, тромбоэмболия легочных артерий – в 7. Всего было 14 летальных исходов. Таким образом, общая летальность у больных с синдромом Меллори – Вейсса, пролеченных до широкого использования эндоскопических методик, составила 6,8%.

В связи с совершенствованием диагностической и внедрением лечебной эндоскопии выявление достоверных случаев разрыва пищеводно-желудочного перехода возросло. Если за предыдущий период (4 года) синдром Меллори – Вейсса диагностирован в 207 случаях, то за последующие 4 года применения визуализационных методов диагностики – уже в 342. При этом лечебная эндоскопия выполнялась у всех больных, даже при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения. В 11,4% случаев (39 больных) был обнаружен рецидив кровотечения и выполнен повторный эндоскопический гемостаз, при этом, как

правило, использовали комбинированные способы гемостаза. 5 больных было прооперировано традиционным способом. Умерло 2 пациентов с алкогольным циррозом печени и печеночной недостаточностью. Общая летальность составила 0,58%.

Оперативная активность в первой группе составила 24,6%, во второй – 1,5%. Стоит отметить, что во второй группе больных практически во всех случаях удавалось добиться гемостаза при помощи эндоскопических методик, и оперативные вмешательства выполнялись при выявлении глубоких разрывов III степени (4 случая) в связи с опасностью перфорации желудка (несмотря на достигнутый эндоскопический гемостаз), а также при развитии рецидива кровотечения, не подвергшемуся остановке повторным применением эндоскопического метода (1 случай).

## ВЫВОДЫ

1. С широким внедрением визуализационных методов диагностики у всех больных с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение не только возрастает выявляемость синдрома Меллори – Вейсса, но и улучшается дифференциальная диагностика с другими источниками кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Это позволяет проводить профилактические эндоскопические аппликации для предупреждения рецидива кровотечения.
2. Активное и широкое внедрение эндоскопических технологий способствует снижению оперативной активности и общей летальности при синдроме Меллори – Вейсса.
3. Как правило, эндоскопические методы позволяют добиться устойчивого гемостаза при синдроме Меллори – Вейсса, а в случае развития рецидивов хорошие результаты дает применение комбинированных эндоскопических методик.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вербицкий В. Г., Кузьмич А. А. Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений // Неотложная хирургическая гастроэнтерология : рук-во для врачей / ред. А. А. Курыгин, Ю. М. Стойко, С. Ф. Багненко. – СПб. : Питер, 2001. – С. 94–108.
2. Загидов М. З., Загидова А. М., Велиева Ц. К. Тактика лечения синдрома Меллори – Вейсса // Сборник тезисов Первого конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». – М., 2005. – С. 14.
3. Лопатников А. В. Активная эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Сборник тезисов Первого конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». – М., 2005. – С. 22.
4. Розиков Ю. Ш., Алексанян А. А., Гоголашвили Д. Г. Сочетанные методы эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // Проблемы амбулаторной хирургии : матер. IV Науч.-практ. конф. поликлинических хирургов. – М., 2003. – С. 45–48.
5. Соловьев А. С. Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Меллори – Вейсса // Анналы хирургии. – 2007. – № 1. – С. 29–32.
6. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Меллори – Вейсса / Ю. М. Панцырев [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2003. – № 10. – С. 12–16.

Поступила 14.05.10