

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ — ВЕЙСА

А.Е.Борисов, К.Г.Кубачев, Д.М.Ризаханов, Ш.А.Шарипов

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава
Кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN THE TREATMENT OF MALLORY-WEISS SYNDROME

A.E.Borisov, K.G.Kubachev, D.M.Rizakhanov, Sh.A.Sharipov

St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia
Surgery Department named N.D.Monastyrsky

© Коллектив авторов, 2011 г.

В статье анализируется эффективность применения эндоскопических методов гемостаза при синдроме Мэллори — Вейса. Проведен анализ лечения 549 пациентов, которые были разделены на две группы — с 2000 по 2004 гг., в их лечении не использовались эндоскопические методы, и с 2004 по 2008 гг., когда эндоскопические методы применялись. Установлено значительное снижение оперативной активности и общей летальности с применением эндоскопических методов.

Ключевые слова: синдром Мэллори — Вейса, эндоскопический гемостаз, желудочно-кишечное кровотечение.

The given issue is dedicated to the analysis of the treatment of Mallory-Weiss syndrome by using endoscopic methods. For this purpose, the treatment of 549 patients is analyzed. These patients were divided into two groups in 2000–2004 without endoscopic methods, in 2004–2008 using endoscopic methods of diagnostics and treatment. Significant decreasing of operative activity and mortality is determined.

Key words: Mallory-Weiss syndrome, endoscopic hemostasis, gastrointestinal bleeding.

Введение. Актуальность проблемы синдрома Мэллори — Вейса остается довольно значимой и по сей день, несмотря на достижения современной медицины. Синдром Мэллори — Вейса проявляется выраженным пищеводно-желудочным кровотечением из острых продольных разрывов слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода или кардии различной степени повреждения, при этом 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 [1]. Основной причиной возникновения разрывов пищеводно-желудочного перехода, является злоупотребление алкоголем с последующей рвотой [2].

Синдром Мэллори — Вейса занимает 3–4 место среди причин развития кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [3], общая летальность при этом составляет 5–10%, число рецидивов кровотечений варьирует от 20 до 35% [4, 5]. Задачей хирургов в данной ситуации, в первую очередь, является остановка кровотечения, для чего до сих пор зачастую приходится прибегать к оперативному лечению, включающему широкую лапаротомию, гастротомию и ушивание разрывов. Однако эндоскопическое оборудование открывает новые возможности лечения таких больных, поэтому в нашей стране и за рубежом продолжается поиск новых и модернизация уже известных методик

остановки кровотечения при синдроме Мэллори — Вейса путем комбинированного воздействия на очаг кровотечения различных способов эндоскопического гемостаза с параллельным применением общих мероприятий гемостатического, антисекреторного, кровезаменяющего действия [6]. Вместе с тем успех применения эндоскопических методов во многом зависит от грамотного и обоснованного применения алгоритма действий, с использованием критериев оценки эндоскопических возможностей гемостаза, учета прогноза возможного рецидива, сопутствующей патологии и динамического состояния у каждого пациента.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности лечения синдрома Мэллори — Вейса в условиях ургентного стационара при преимущественном использовании эндоскопических способов гемостаза.

Материал и методы. Для решения поставленных задач был проведен анализ лечения 549 пациентов с кровотечением из зоны разрыва пищеводно-желудочного перехода, поступивших в Александровскую больницу Санкт-Петербурга в экстренном порядке в период с 2000 по 2008 гг.

Нами ретроспективно были проанализированы истории болезни 207 пациентов с синдромом Мэллори — Вейса, пролеченных до широкого применения эндоскопии, с 2000 по 2004 гг. При этом 156 пациентов с клинической картиной кровотечения легкой и средней степени кровопотери лечили консерватив-

но. 51 пациент был прооперирован традиционно, в экстренном порядке, на фоне безуспешности консервативных методик, с признаками нестабильной гемодинамики и с тяжелой кровопотерей.

С 2004 по 2008 гг., одновременно с внедрением лечебной эндоскопической практики, мы проспективно изучали 342 случая синдрома Мэллори — Вейса. Все эндоскопические исследования были выполнены до 3 часов после поступления больных в стационар. Всех этих больных помещали в блок критических состояний, размещенный на уровне приемного отделения, для подготовки верхних отделов пищеварительного тракта к эндоскопическим манипуляциям (промывание желудка и пищевода холодным физиологическим раствором до светлых вод, введение прокинетики для быстрого опорожнения желудка), седации беспокойных пациентов, восполнения объема циркулирующей крови и параллельного дообследования необходимыми специалистами, нивелирования последствий алкогольного опьянения. Все исследования проводили под адекватным обезболиванием в условиях палаты интенсивной терапии под наблюдением реанимационной бригады.

При первичной эндоскопии выявить источник кровотечения удалось в 73,4%. Эндоскопическое вмешательство продолжалось от 10 до 40 мин, в зависимости от перечисленных факторов. Продолжающееся кровотечение было выявлено у 177 (51,8%) больных, при этом струйное — у 84 (24,6%) и диффузное — у 93 (27,2%). Отсутствие продолжающегося кровотечения выявили у 165 (48,2%) больных.

Эндоскопический гемостаз посредством инъекционного метода (0,005% раствор адреналина, физиологический раствор) осуществлен у 171 пациента, у 83 — термические (диатермокоагуляция и аргонплазменная коагуляция) и у 26 — механические методы (эндоскопическое клипирование кровоточащего сосуда и эндоскопическое лигирование зоны разрыва латексными кольцами). Комбинированные методы эндоскопического гемостаза (инъекционный метод и механический, инъекционный и термический) применили у 62 больных.



Рисунок. Эффективность лечения больных с синдромом Мэллори — Вейса с применением эндоскопических методов — частота рецидивов.

В случае отсутствия продолжающегося кровотечения (165 больных) при выполнении эндоскопии при-

меняли профилактические аппликации в виде инъекционного метода 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 глубины разрывов пользовались классификацией Н. Bellmann, основанной на оценке глубины разрывов: I степень была выявлена у 211 (61,7%) больных, II степень — у 129 (37,7%) больных, III степень — у 4 (1,2%) больных.

Результаты и обсуждение. У первой группы больных, пролеченных за период 2000–2004 гг., которым для достижения устойчивого гемостаза выполняли гастротомию 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, летальных исходов было 14. Таким образом, общая летальность у больных с синдромом Мэллори — Вейса, пролеченных до широкого использования эндоскопических методик, составила 6,8%.

С 2004 г. лечебная эндоскопия выполнялась у всех больных, даже при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения. В 11,4% (39 больных) был выявлен рецидив кровотечения, и выполнен повторный эндоскопический гемостаз, при этом, как правило, использовали комбинированные способы гемостаза. 5 больных было оперировано традиционным способом. Умерли 2 больных с алкогольным циррозом печени и печеночной недостаточностью. Общая летальность составила 0,58%.

Оперативная активность в 1-й группе составила 24,6%, во 2-й — 1,5%. Стоит отметить, что во 2-й группе больных практически во всех случаях удавалось добиться гемостаза при помощи эндоскопических методик, и оперативные вмешательства выполнялись при выявлении глубоких разрывов III степени в связи с опасностью перфорации желудка, а также при развитии рецидивов кровотечения, не подвергавшихся остановке повторным применением эндоскопического метода.

Выводы:

1. С широким внедрением визуализационных методов диагностики у всех больных с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение возрастает выявляемость как синдрома Мэллори — Вейса, так и дифференциальная диагностика с другими источниками кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

2. Активное и широкое внедрение эндоскопических технологий способствует снижению оперативной активности и общей летальности при синдроме Мэллори — Вейса.

3. Эндоскопические методы позволяют добиться устойчивого гемостаза при синдроме Мэллори — Вейса, а при рецидивах хорошие результаты дает применение комбинированных эндоскопических методик.

4. Эндоскопический гемостаз при синдроме Мэллори — Вейса позволяет добиться временного контро-

лируемого гемостаза с целью адекватного проведения предоперационной подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И.* Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Меллори — Вейсса // Хирургия. — № 10. — 2003. — С. 12–16.
2. *Соловьев А.С.* Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Меллори — Вейсса // Анналы хирургии. — № 1. — 2007. — С. 29–32.
3. *Розиков Ю.Ш., Алексанян А.А., Гоголашвили Д.Г.* Сочетанные методы эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Сб. тезисов «Проблемы амбулаторной хирургии» // Мат. IV научн-практ. Конференции поликлинических хирургов. М., 2003. — С. 45–48.
4. *Загидов М.З., Загидова А.М., Велиева Ц.К.* Тактика лечения синдрома Меллори — Вейсса // Сб. тез. Первого Конгресса Московских Хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» Москва, 2005. — С. 14.
5. *Лопатников А.В.* Активная эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Там же, с. 22.
6. *Вербицкий В.Г., Кузьмич А.А.* Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений. // «Неотложная хирургическая гастроэнтерология» руководство для врачей/ Ред. А.А.Курыгин, Ю.М.Стойко, С.Ф.Багненко. — СПб.: Питер., 2001. — С. 94–108.