

УДК 616.33-005.1-02-039.42

© Ш.В. Тимербулатов, В.М. Тимербулатов, Т.И. Мустафин, Р.А. Ямалов, 2010

Ш.В. Тимербулатов, В.М. Тимербулатов, Т.И. Мустафин, Р.А. Ямалов  
**ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА**  
*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

Изучены встречаемость и частота синдрома Меллори-Вейсса (СМВ) в периоды наблюдения до 13 лет, а также роль сочетанных и сопутствующих заболеваний в клинике и танатогенезе этого синдрома.

Проанализированы истории болезни 345 больных и протоколы патологоанатомических исследований 40 умерших с СМВ.

Отмечено увеличение в 2 раза СМВ в структуре причин кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта за 5 лет, до 58% СМВ возникает на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний; по результатам патологоанатомических исследований СМВ причиной смерти в 1,16% случаев являются сопутствующие заболевания, в стадии декомпенсации выявлены до 90%.

**Ключевые слова:** синдром Меллори-Вейсса, клиника, патогенез, патологоанатомическое исследование.

Sh.V. Timerbulatov, V.M. Timerbulatov, T.I. Mustafin, R.A. Yamalov  
**ETIOPATHOGENETIC ASPECTS OF MALLORY-WEISS SYNDROME**

Mallory-Weiss Syndrome (MWS) frequency and occurrence have been studied as part of a follow-up program in patients under 13 years old, along with the role of comorbidities and concurrent/comorbid conditions in the clinical picture and tanatogenesis of the syndrome.

The case histories of 345 patients and pathologicoanatomical/postmortem examination/protocols of 40 patients who had died of Mallory-Weiss Syndrome have been analysed.

As a result a twofold increase in Mallory-Weiss Syndrome frequency concerning upper digestive tract hemorrhage etiology within a 5-year period has been observed. Up to 58% of MWS occurred secondary to severe concomitant disorders; according to the postmortem research, MWS was found to cause death in 1.6% of patients, whereas concurrent conditions in the decompensation stage appeared to lead to lethal outcome in 90% of cases.

**Key words:** Mallory-Weiss Syndrome (MWS), clinical picture, pathogenesis, pathologicoanatomical/postmortem examination.

В настоящее время синдром Меллори-Вейсса (СМВ) относится к числу достаточно частых неотложных заболеваний органов брюшной полости. В историческом аспекте СМВ сравнительно новое заболевание, подробно описанное в 1929 году G.K.Mallory, S.Weiss [10], а впервые как рвотный синдром с эрозией (язвой) пищевода этот синдром описан в 1879 году Н.Quincke [13].

Литературные данные о распространенности и частоте СМВ довольно разноречивые, и истинные данные, несомненно, были получены за последние 20-25 лет благодаря внедрению эндоскопических методов диагностики – фиброэзофагогастроскопии.

СМВ встречается значительно чаще, чем принято считать в периодической литературе. По анализу 11000 патологоанатомических вскрытий кровотечения в результате СМВ были причиной смерти в 1% случаев [8]. На материале 13531 секционного исследования частота СМВ составила 2,96% [6].

Как было отмечено, широкое использование в диагностике фиброэндоскопии привело к значительному увеличению выявляемости различных заболеваний пищеварительно-

го тракта, в т.ч. СМВ [5]. СМВ чаще встречается у лиц 30-50 лет, хотя описаны случаи в детском, даже 3-недельном возрасте [12, 14]. В результате гастроинтестинальной эндоскопии 2720 детей от 5 месяцев до 18 лет СМВ был установлен в 0,3% случаев и в основном с локализацией разрывов слизистой оболочки выше гастроэзофагеального соединения [5].

По литературным данным, в структуре кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта СМВ занимает от 5 до 15% [1-4, 7, 15].

#### Материал и методы

Нами проанализированы данные клиники на базе городской больницы скорой медицинской помощи (345 больных) и патологоанатомических отделений при двух клинических больницах за последние 5 лет (40 протоколов патологоанатомических исследований). В клинике СМВ как причина кровотечений верхних отделов пищеварительного тракта в разные годы составлял от 14 до 26,6%, причем с тенденцией роста его частоты за 2002-2007 годы.

Анализ причин смерти по данным патологоанатомических отделений показал, что

СМВ был установлен в 0,8 - 2% случаев (в среднем 1,16%).

Проанализированы протоколы (карты) патологоанатомических исследований 40 умерших, средний возраст которых 60,7 года (возраст колебался от 29 до 81 года), что свидетельствует о преобладании лиц пожилого возраста. Лиц мужского пола было 31, женского 9.

### Результаты и обсуждение

Существенная разница отмечена при сравнении частоты СМВ в этиологии пищеводно-желудочных кровотечений в 13-летнем интервале: по сравнению с 1994 годом: этот показатель в 2007 году увеличился в 2 раза. Данное обстоятельство можно объяснить следующими причинами. Как уже выше было отмечено, что повсеместное применение фиброэзофагогастроскопии позволило практически во всех случаях верифицировать источник кровотечения и таким образом исключить группу больных с «неустановленным источником» желудочно-кишечного кровотечения. Немаловажно также подчеркнуть, что уточненной диагностике в ранние сроки способствовало введение круглосуточного дежурства эндоскопистов, накопление клинического опыта специалистами. Следующей причиной является заметный рост алкоголизации населения, что также отражается в росте частоты желудочно-кишечных кровотечений вообще и на почве СМВ в частности.

По нашим данным, подавляющее большинство больных (68%) в клинику поступали в состоянии алкогольного опьянения или алкогольного психоза, делирия. Как известно, наиболее частая причина СМВ – сильная рвота от передозировки алкоголя, хотя могут быть и другие причины: беременность, мигрень, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, язва желудка, заболевания печени и желчных путей, прием лекарственных препаратов [9,11]. Среди наблюдаемых нами больных 77,1% составили мужчины. Из 345 больных в возрасте 21-60 лет было 84,5%, до 20 лет – 2,3% и старше 60 лет – 13,2%.

Важным фактором, способствующим увеличению числа больных с СМВ служит рост сопутствующих и фоновых заболеваний: они выявлены у 91,5% больных за 2006-2007 годы, что на 23,2% выше, чем за 1994-1995 годы, причем у 40,8% больных – 3 и более заболеваний. Наиболее часто у больных имелись грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (51,8%), заболевания печени (хронический гепатит, цирроз) и желчных путей (58%), хронический панкреатит (34,8%), хронические

гастриты, язвенная болезнь желудка (по 14,5%), заболевания сердечно-сосудистой системы (38,3%). Особенностью СМВ в последнее время является нередкое сочетание нескольких причин кровотечения: с варикозным расширением вен пищевода, эрозивным эзофагитом, язвой кардиального отдела желудка, пищеводом Баррета. В такой ситуации, особенно при сочетании с варикозным расширением вен пищевода, кровотечение обуславливается двумя причинами и источниками и представляет особые сложности в диагностике преобладающей причины кровотечения и, соответственно, в выборе способа гемостаза.

Отягощающим фактором является тяжесть и уровень компенсации сопутствующих заболеваний. Так, только в группе больных с сопутствующими хроническим гепатитом и циррозом печени при дополнительном обследовании в 24,09% случаев констатированы стадии суб- и декомпенсации. Сопутствующие заболевания значительно усугубляют состояние больных при кровотечении и усложняют лечебную тактику.

Все умершие были доставлены из лечебных учреждений, причем они на стационарном лечении находились в различных по профилю отделениях. Большая часть умерших (15-33,3%) были в специализированных хирургических отделениях (абдоминальной хирургии), далее – в общехирургических отделениях (7), гастроэнтерологических, общетерапевтических отделениях (по 4), торакальной хирургии (3), проктологическом и пульмонологическом (по 2) и токсикологическом, травматологическом и кардиохирургическом отделениях (по 1 случаю). Основная часть больных (35) с явлениями пищеводно-желудочного кровотечения госпитализировались или переводились из клинических отделений в отделения реанимации и интенсивной терапии. Средние сроки лечения в стационарах до смерти составили 10,2 дня, хотя у 12 (30%) они составили < 24 часов. Эта группа больных доставлялась в лечебные учреждения в состоянии декомпенсации основного, сопутствующих заболеваний и геморрагического шока, 3 были госпитализированы в предagonalном состоянии, или декомпенсированного необратимого геморрагического шока и скончались в первые часы в реанимационных залах приемных отделений.

При патологоанатомическом исследовании в подавляющем большинстве случаев (36 из 40 – 90%) были установлены тяжелые заболевания, отнесенные к основному диагно-

зу. Только в 4 случаях (10%) СМВ был определен как основной диагноз без конкурирующих, или сочетанных заболеваний. У 36 больных СМВ был оценен как осложнение, которое наряду с другими осложнениями основного заболевания, привело к летальному исходу. Наиболее часто на аутопсии были выявлены следующие заболевания – цирроз печени (10-25%), злокачественные образования (12-30%), в т.ч. рак печени – 3 случая, рак поджелудочной железы, желудка и толстой кишки (по 2 случая), рак легкого, внепеченочных желчных путей, яичника (по 1 случаю), острая токсическая дистрофия печени (5), острая внебольничная пневмония, осложненная абсцессом, сепсисом (3), желчнокаменная болезнь, осложненная механической желтухой (2), острый панкреатит, панкреонекроз, осложненный перитонитом, забрюшинной флегмоной (2), доброкачественная опухоль (шваннома) нижней трети пищевода (1) и цереброваскулярное заболевание, геморрагический инсульт (1).

Следует отметить, что при возникновении СМВ на фоне цирроза печени кровотечение носит смешанный характер – артериовенозный и источником являются разрывы – трещины слизистой оболочки, подслизистого и части мышечного слоя, а также поврежденные варикозно расширенные вены пищевода, пищеводно-желудочного соединения. Особенности таких кровотечений являются: а) выраженная интенсивность, когда эндоскопически не удастся визуализировать кровоточащие сосуды; б) частые рецидивы после попытки первичного гемостаза; в) сложность выбора метода гемостаза – использование зонда Блекмора ограничивается из-за разрывов стенки пищевода, оперативное лечение (гастротомия с ушиванием разрывов и варикозных вен), часто непереносимо для больных ввиду тяжести общего состояния и сопутствующих заболеваний; г) кровотечения, протекающие на фоне выраженных системных нарушений свертывающей системы с развитием ДВС – синдрома.

Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов было в 4 случаях (10%) – СМВ не был диагностирован клинически. В одном случае была отмечена III стадия СМВ [6] (перфорация пищевода в сочетании с профузным кровотечением), в 3-х

смерть была констатирована в ближайшие часы в приемных отделениях клиник, и ввиду кратковременности пребывания точный диагноз не был установлен.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о росте частоты СМВ за последние годы (2 раза за 13 лет), как одной из причин желудочно-кишечных кровотечений. Этому также способствует расширение возможностей уточненной диагностики за счет повсеместного применения эндоскопических методов исследования.

Патофизиологическими и клиническими особенностями СМВ являются частое сочетание с заболеваниями печени (цирроз, хронический гепатит), грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, сердечно – сосудистой патологией и злоупотреблением алкоголем. В ряде случаев СМВ следует рассматривать как осложнение указанных сопутствующих заболеваний. Летальные исходы возникают при сочетании с тяжелыми заболеваниями печени (цирроз печени в стадии В и С по Child-Pugh), злокачественными новообразованиями, тяжелыми острыми отравлениями с развитием токсической дистрофии печени, когда кровотечение на фоне декомпенсации органов и систем органов нередко приводит к необратимым состояниям организма.

### Выводы

1. СМВ занимает до 26,6% среди причин кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта, а по данным патологоанатомических исследований в 1,16% является причиной смерти.
2. СМВ часто возникает на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний печени, диафрагмы, сердца, сосудов, злоупотребления алкоголем (в клинических условиях до 58% с развитием синдрома взаимного отягощения), а при летальных исходах указанные заболевания до 90% выявляются в стадии декомпенсации.
3. В группах больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями лечебная тактика при СМВ должна определяться также с возможностями курабельности и прогноза этих заболеваний и предпочтение следует отдавать эндоскопическим, эндоваскулярным или другим мини-инвазивным методам лечения.

### Сведения об авторах статьи

**Тимербулатов Шамиль Вилевич**, к.м.н., доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. тел. 8 (347) 2555457; e-mail: timersh@yandex.ru

**Тимербулатов Виль Мамитович**, д.м.н., профессор, ректор ГОУ ВПО БГМУ Росздрава, член-корр. РАМН, акад. АН РБ, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. тел. 8 (347) 2724173; e-mail: admin@bsmu.anrb.ru

**Мустафин Тагир Исламнурович**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии БГМУ, 450000, г. Уфа, ул. Пушкина, 98. тел. 8 (347) 2736192.

**Ямалов Рустэм Азатович**, 450106, г. Уфа, ул. Батырская, 39/2. тел. 8 (347) 2556530.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь, В.Д. Экстренная диагностика и хирургическое лечение острых желудочных кровотечений при синдроме Меллори – Вейса / В.Д.Братусь, П.Д.Фомин, Г.А.Утратин // Вестник хирургии. – 1986. - №7. - С. 26-29.
2. Королев, М.П. Лечебная тактика при кровоточащих острых гастродуоденальных язвах и синдроме Меллори-Вейса // Вестник хирургии.-1997. - №2. - С.38-39.
3. Панцырев, Ю.М., Роль лечебной эндоскопии при синдроме Меллори-Вейса / Ю.И.Галлингер, Т.И.Басова // Хирургия. - 1988. - №2. - С.66-69.
4. Савельев, В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. - М.:«Триада-Х», 2004. - 640с.
5. Bak-Romaniszyn L., Matecka-Panas E., Czkwianianc E. Mallory-Weiss syndrome in children//Diseases of the Esophagus. 1999;12.P.65-67.
6. Bellmann B., Wohlgemuth B., Kothe W. Об этиологии и патогенезе синдрома Меллори-Вейса//Хирургия.1974; №2.с.14-19.
7. Bubrick M.P., Lundeen J.W., Onstad G.R., Hitchcock C.R. Mallory-Weiss syndrome: analysis of fifty-nine cases//Surgery 1980; 88.P.400-405
8. Decker J.P., Zamcheck N., Mallory G.K. Mallory-Weiss syndrome. Hemorrhage from gastroesophageal lacerations at the cardiac of the stomach//N.Engl.J.Med. 1953;249(24):P.957-963
9. Foster D.N., Miloszewski K., Losowsky M.S. Diagnosis of Mallory-Weiss lesions: A common cause of upper gastrointestinal bleeding//Lanset 1976; 11.P.483-484
10. Mallory K., Weiss S. Hemorrhage from laceration of the cardiac orifice of the stomach due to vomiting//Am.J.Med.Sci.1929;178:P.506-515
11. Pagel J., Lindkaer-Jensen S., Nielsen O.V. The Mallory-Weiss syndrome // Acta.Chir.Scand.1975; 141.P.532-535
12. Penston J.G., Royd E.J., Wormsley K.G. Mallory-Weiss tears occurring during endoscopy : a report of seven cases //Endoscopy 1992;24(4).P.762-765
13. Quincke H. Ulcus oesophagi ex digestionе // Deutsches Archiv fur klinische Medicin, Leipzig. 1979;24:p.72
14. Sinev I.V., Luzhnikov E.A., Sordiia D.G. Sindrom Mallory-Weiss pri ostrykh otravleniakh hepzhigaiuschimi wesheststvami//Klin. Med. Mosc. 1990; 68(9).P.77-79
15. Sugawa C., Steffes C.P., Nakamura R., Sferra J.J., Sferra C.S., Sugimura Y. Rt al. Upper GI bleeding in an urban hospital etiology, recurrence and prognosis//Ann.Surg.1990;212.P.521-527

УДК 616.33-005.1-02-039.42

© Ш.В. Тимербулатов, М.В. Тимербулатов, Р.А. Ямалов, Р.Б. Сагитов, Э.З. Гатауллина, 2010

### Ш.В. Тимербулатов, М.В. Тимербулатов, Р.А. Ямалов, Р.Б. Сагитов, Э.З. Гатауллина **АТИПИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА** *ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

В сравнительном аспекте проанализированы клинические, эндоскопические особенности типичного (414 больных) и атипичного вариантов (43 больных) течения синдрома Меллори-Вейсса. Обсуждаются клинические проявления, причины развития и трудности диагностики атипичного варианта синдрома. Выделены три группы причин заболеваний, приводящих к развитию синдрома Меллори-Вейсса. Приведены некоторые прогностические критерии развития синдрома и рецидива кровотечения, тесно связанного с повторной рвотой.

Ключевые слова: синдром Меллори-Вейсса, клиническая картина, эндоскопическая диагностика, атипичное течение.

### S.V. Timerbulatov, M.V. Timerbulatov, R.A. Yamalov, R.B. Sagitov, E.Z. Gataullina **ATYPICAL VARIANTS OF THE MALLORY-WEISS SYNDROME COURSE**

In comparative aspect clinical, endoscopic features of the typical (414 patients) and atypical variants (43 patients) of the Mallory-Weiss syndrome course were analyzed. Clinical presentations, reasons of the development, diagnostics difficulties of the atypical variant are discussed. Reasons of the disease, leading the development of the syndrome and hemorrhage relapse, are picked out into three groups. Prognostic criterions of the syndrome and hemorrhage relapse development, which are in close connection with repeated vomiting, are presented.

**Key words:** Mallory-Weiss syndrome, clinical picture, endoscopic diagnostics, atypical course.