

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.33-005.1-072.1-089

А.Е. Борисов, К.Г. Кубачев, Д.М. Ризаханов, Д.С. Сагитова

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЛОРИ—ВЕЙССА

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского (зав. — проф. А.Е. Борисов) «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования»

Ключевые слова: синдром Маллори—Вейсса, эндоскопия.

Введение. Актуальность проблемы синдрома Маллори—Вейсса остается значимой, несмотря на достижения современной медицины. Синдром Маллори—Вейсса 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 [4]. Основной причиной, предрасполагающей к возникновению разрывов пищеводно-желудочного перехода, является злоупотребление алкоголем с последующей рвотой [6].

Синдром Маллори—Вейсса занимает 3–4-е место среди причин развития кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [5], общая летальность при этом составляет 5–10%, число рецидивов кровотечений варьирует от 20 до 35% [1–3, 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 Маллори—Вейсса, путем комбинированного воздействия на очаг кровотечения различных способов эндоскопического гемостаза, с параллельным применением общих мероприятий гемостатического, антисекреторного, кровезамещающего действия [2]. Вместе с тем, успех применения эндоскопических методов во многом зависит от применения грамотного и обоснованного алгоритма действий, с применением критериев оценки возможностей эндоскопического гемостаза, учета прогноза воз-

можного рецидива, сопутствующей патологии и динамического состояния у каждого пациента.

Цель нашего исследования — изучение эффективности лечения синдрома Маллори—Вейсса 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 г.

Нами ретроспективно были проанализированы истории болезней 207 пациентов с синдромом Маллори—Вейсса (1-я группа), пролеченных до широкого применения эндоскопии, с 2000 по 2004 г. При этом 156 пациентов с клинической картиной кровотечения легкой и средней степени кровопотери лечили консервативно. 51 (24,6%) пациент был прооперирован традиционно, в экстренном порядке, на фоне безуспешности консервативных методик, с признаками нестабильной гемодинамики и с тяжелой кровопотерей.

С 2004 по 2008 г., одновременно с внедрением лечебной эндоскопической практики, мы проспективно изучали 342 случая синдрома Маллори—Вейсса (2-я группа). Все эндоскопические исследования были выполнены в пределах до 3 ч после поступления больных в стационар. Всех этих больных помещали в блок критических состояний, размещенный на уровне приемного отделения, с целью проведения подготовки верхних отделов пищеварительного тракта к эндоскопическим манипуляциям (промывание желудка и пищевода холодным изотоническим раствором хлорида натрия до светлых вод, введение прокинетиков для быстрого опорожнения желудка), седатированию беспокойных пациентов, восполнения объема циркулирующей крови и параллельного дообследования с осмотром необходимыми специалистами, нивелирования последствий алкогольного опьянения. Все исследования проводились под адекватным обезболиванием в условиях палаты интенсивной терапии под наблюдением реанимационной бригады.

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

Эндоскопический гемостаз посредством инъекционного метода (0,005% раствор адреналина, изотонический раствор натрия хлорида) осуществлен у 171 пациента, у 83 — термические (диатермокоагуляция и аргон-плазменная

коагуляция) и у 26 — механические методы (эндоскопическое клипирование кровоточащего сосуда и эндоскопическое лигирование зоны разрыва латексными кольцами). Комбинированные методы эндоскопического гемостаза применили у 62 больных (инъекционный метод и механический, инъекционный и термический).

В случае отсутствия продолжающегося кровотечения (165 больных) при выполнении эндоскопии выполняли профилактические аппликации в виде инъекционного метода либо диатермокоагуляции.

Эффективность того или иного способа эндоскопического гемостаза оценивали по таким показателям, как устойчивость гемостаза и отсутствие рецидивов. Наиболее успешно применяли механические и комбинированные способы эндоскопической остановки кровотечения. Относительно чаще рецидивы кровотечения возникали при применении таких моновариантных методов гемостаза, как инъекционный (56%) и термический (33%) (рисунок).

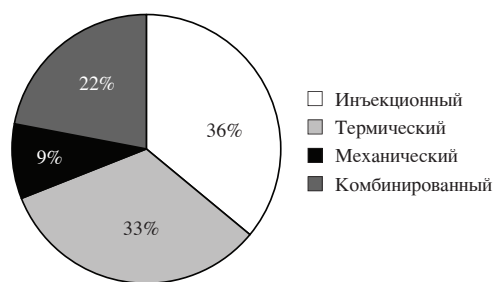
Размеры выявленных повреждений варьировали от 5 до 50 мм, ширина — от 2 до 10 мм, глубина разрывов — от 2 до 7 мм. Для оценки степени глубины разрывов пользовались классификацией Н. Bellmann, основанной на оценке глубины разрывов: I степень была выявлена у 211 (61,7%) больных, II степень — у 129 (37,7%)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

Результаты и обсуждение. У 1-й группы больных, пролеченных за период 2000–2004 гг., которым с целью 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 Маллори—Вейсса, пролеченных до широкого использования эндоскопических методов, составила 6,8%.

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

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.

Выводы. 1. Широкое внедрение эндоскопических технологий способствует снижению



Частота рецидивов синдрома Маллори—Вейсса после применения эндоскопических методов.

оперативной активности и общей летальности при синдроме Маллори—Вейсса.

2. Эндоскопические методы позволяют добиться устойчивого гемостаза при синдроме Маллори—Вейсса, а в случае развития рецидивов хорошие результаты дает применение комбинированных эндоскопических методик.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Вербицкий В.Г., Кузьмич А.А. Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений // Неотложная хирургическая гастроэнтерология: Руководство для врачей / Под ред. А.А. Курыгина, 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 Маллори—Вейсса // Сб. тез. 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. — Там же. — С. 22.
4. Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Маллори—Вейсса // Хирургия. — 2003. — № 10. — С. 12–16.
5. Розиков Ю.Ш., Алексанян А.А., Гоголашвили Д.Г. Сочетанные методы эндоскопического гемостаза при гастроудоденальных кровотечениях язвенной этиологии: Сб. тезисов «Проблемы амбулаторной хирургии» // Материалы IV науч.-практ. конф. поликлинических хирургов. — М., 2003. — С. 45–48.
6. Соловьев А.С. Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори—Вейсса // Анн. хир. — 2007. — № 1. — С. 29–32.

Поступила в редакцию 21.03.2011 г.

A.E.Borisov, K.G.Kubachev, D.M.Rizakhanov,
D.S.Sagitova

ENDOSCOPIC METHODS OF HEMOSTASIS IN TREATMENT OF MALLORY-WEISS SYNDROME

Results of treatment of Mallory—Weiss syndrome using endoscopic methods of hemostasis in 549 patients were analyzed. The patients were divided into two groups: in 2000–2004 years without endoscopic methods, in 2004–2008 years using the endoscopic methods in the diagnostics and treatment. Considerably decreased operative activity and death rate was established in cases of treatment with endoscopic methods.