

© Ш.В.Тимербулатов, В.М.Тимербулатов, 2009  
УДК 616.33-005.1-02-039.42

Ш.В.Тимербулатов, В.М.Тимербулатов

## РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ СИНДРОМА МАЛЛОРИ–ВЕЙССА

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО (зав. — чл.-кор. РАМН проф. В.М.Тимербулатов)  
Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

**Ключевые слова:** синдром Маллори–Вейсса, редкие причины.

Синдром гастроэзофагеального разрыва, синдром гастроэзофагеального разрыва с кровотечением, рвотный синдром с эрозией впервые описан Н.Quinke в 1879 г. [46]. G.K.Mallory, S.Weiss в 1929 г. описали 15 случаев синдрома, показав различие между разрывами и эрозией [36]. Для выяснения причины перфорации пищевода авторы закупоривали привратник и пищевод, под давлением наполняли частично раздутый желудок у трупов. Перед разрывом пищевода обнаруживались вертикальные длинные трещины. В литературу данное заболевание как синдром Маллори–Вейсса (СМВ) ввели J.P.Decker и соавт. в 1953 г. [21]. Первое успешное хирургическое лечение СМВ было выполнено в 1955 г. Whiting [14].

На 11 000 патологоанатомических вскрытий в 1% случаев причиной смерти были кровотечения в результате СМВ [3]. На 5160 секционных исследований, произведенных у умерших детей, в 12% случаев установлена спонтанная перфорация желудка [McCormick W.F., 1959]. Частота СМВ на материале 13 531 секционного исследования составила 2,96% [9].

СМВ составляет 4–15% среди причин желудочно-кишечных кровотечений верхних отделов пищеварительного тракта [4, 11, 47, 49, 50].

Широкое применение эндоскопии привело к увеличению выявляемости СМВ [8]. Чаще СМВ выявляется у людей 30–50 лет, хотя описаны случаи у детей 3-недельного возраста [13, 24, 42]. В литературе сообщения о СМВ у детей единичны [44, 48, 52]. L.Bak-Romaniszyn и соавт. [8] обследовали 2720 детей от 5 мес до 18 лет (гастроинтестинальная эндоскопия), и СМВ обнаружили у 8 (0,3%), в основном с локализацией разрывов слизистой оболочки выше гастроэзофагеального соединения. Признаков кровотечения в момент осмотра не было ни в одном случае.

Число рецидивов при СМВ достигает 20–30%, послеоперационная летальность — 10–15% [1, 5], а общая летальность — 1,8% [2]. Послеоперационная летальность составила 17%, а при сочетании хирургического лечения с диотермокоагуляцией — 4,5% [3]. После оперативного лечения — лапаротомии с прошиванием кровоточащих сосудов, летальность составила 8% [6]. Послеоперационная летальность после гастротомии с прошиванием разрывов и сосудов составила 13%, после консервативной терапии — 3% [23].

Клинической причиной пролонгированной рвоты является алкоголизм. Также описаны другие причины СМВ: мигрень, беременность, грижа пищевода и отверстия диафрагмы, язва желудка, заболевания печени и желчных путей,

прием лекарств (полиэтиленгликоль для подготовки кишечника к исследованию) [26, 43].

Наиболее часто сообщаемая причина СМВ — сильная рвота от передозировки алкоголя с типичным разрывом (разрывами) гастроэзофагеального соединения, но причиной может быть рвота, например при химиотерапии [25]. У 4 из 8 наблюдаемых детей СМВ сопровождается гастритом и дуоденитом, были выявлены по одному случаю язвы двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, бронхиальной астмы, гастроэзофагеального рефлюкса, отравления carbon monoxide [8].

Описан случай СМВ при герпетическом эзофагите [31]. При эндоскопическом исследовании в средней и нижней трети пищевода выявлены множественные эрозии слизистой оболочки, разрывы в пищеводно-желудочном переходе с кровотечением. В последующем при гистологическом, иммуногистохимическом и серологическом исследованиях диагноз был уточнен — обнаружен герпетический вирус (HSV-1) в ядрах эпителиальных клеток пищевода. Авторы считают, что причиной СМВ у данного больного были плохо поддающиеся терапии дисфагия и упорная рвота. Герпетический эзофагит впервые описан в 1940 г. H.N.Johnson [30]. Обычно возникает у иммунодефицитных больных (AIDS) [51], при злокачественных новообразованиях [38], при проведении иммуносупрессивной терапии [41]. Герпетический эзофагит редко встречается при отсутствии нарушений иммунитета [29, 40]. Есть сообщения о перфорации пищевода при герпетическом эзофагите [19]. В литературе имеются два сообщения о желудочно-кишечном кровотечении при герпетическом эзофагите [7, 18].

Эзофагеальный интрамуральный псевдодивертикулёз (ЭИПД) — редкое заболевание, диагностируемое при рентгенографии пищевода. Так, в Японии с 1975 по 2002 г. описаны 36 наблюдений данного заболевания [28, 32, 53]. Авторы привели описание данного заболевания у больного 62 лет, осложнённого СМВ. Диагноз ЭИПД был установлен в последующем, после оперативного вмешательства при проведении бариевой эзофагографии. При поступлении у больного с явлениями массивного кровотечения при гастроинтестинальной эндоскопии выявлено два разрыва слизистой оболочки с распространением в мышечный слой. Проведены инъекции этанола, орошение спреем тромбина, ввиду безуспешности проведенных мероприятий решено было провести ушивание разрывов после лапаротомии. Авторы, как и другие специалисты, подтверждают редкость осложнения псевдодивертикулёза пищевода СМВ, типичным же осложнением являются стриктуры.

ЭИПД впервые описан K.Mendi и соавт. в 1960 г. [39], а M.S.Levine и соавт. [35] выявили его у 21 (0,15%) из 14 350

больных, прошедших рентгенологическое исследование пищевода. СМВ был описан, включая наблюдение [53], у 2 больных с ЭИПД. Авторы полагают, что причиной слабости подслизистого слоя пищевода является хроническое воспаление, а при соответствующих причинах возникают разрывы.

В литературе описан так называемый механический гастрит, как причина массивных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Считается, что кровотечения возникают из-за позывов на рвоту и рвоты у больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы [17]. Клинические проявления механического гастрита и СМВ могут быть схожи. Автор считает, что во время рвоты или позывов на рвоту слизистая оболочка желудка продавливается через суженное кольцо диафрагмы в пищеводную грыжу, что вызывает механическую травму слизистой оболочки желудка, далее вызывая гастрит, эрозии, кровотечение.

А. J. Píkarsky и соавт. [45] описали случай СМВ у мужчины 32 лет после длительного периода плавания и последующего длительного перелета на самолете (13 ч). Причинами развития СМВ авторы считают централизацию гемодинамики при плавании и снижение давления (на 0,3 атм) при полете. Поэтому воздушные путешествия и атлетические нагрузки должны считаться потенциальными факторами в оценке вновь возникшего желудочно-кишечного кровотечения. Описанный больной ранее не болел, алкоголь не употреблял. Кровотечение появилось во время полета и уменьшилось после внутриаортального введения вазопрессина (через левую желудочную артерию после предварительной ангиографии).

А. J. De Vries и соавт. [22] сообщили о фатальном гастроинтестинальном кровотечении от СМВ после чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) во время операции на сердце. После ЧПЭхоКГ больному установили назогастральный зонд, через который поступала яркая красная кровь, в конечном итоге общая кровопотеря составила 9 л крови. Авторами не была установлена точная причина развития СМВ — за счет эхопробы или введения назогастрального зонда.

Чреспищеводная эхокардиография все чаще применяется в кардиологии и кардиохирургии с довольно редкими осложнениями. В кардиологической практике ЧПЭхоКГ считается кратковременной полунвазивной процедурой с риском осложнений 0,5–1% в больших сериях исследований [15, 20]. Хотя большинство осложнений транзиторные (аритмии, гипотензия, дисфагия, ларингоспазм), гастроинтестинальные кровотечения потенциально опасны, особенно в условиях кардиохирургии с проведением антикоагулянтной терапии на фоне различных коагулопатий, связанными также с кардиопульмонарным шунтированием [22]. Продолжительный контакт пищевода с датчиком эхозонда у больного под наркозом во время операции и нахождения датчика в изогнутом состоянии для постоянного мониторинга функции левого желудочка может спровоцировать повреждение слизистой оболочки пищевода. В то же время случаи выраженного (явного) пищеводно-желудочного кровотечения вслед за ЧПЭхоКГ описаны редко [23, 33].

В последнее время отмечается увеличение сообщений о ятрогенных повреждениях пищевода (перфорациях) при использовании инструментальных методов исследования [34, 37]. Хотя ЧПЭхоКГ считается безопасной процедурой [16, 20], она может представлять риск во время операции при проведении датчика больному в условиях наркоза. Исследование может длиться несколько часов, со сдавлением слизистой оболочки пищевода и термальными повреждениями, что увеличивает вероятность повреждения пищевода [27]. Следует

иметь в виду, что больные с сердечно-легочными заболеваниями часто принимают антикоагулянты.

S.R.Massey и соавт. [37] описали случай перфорации пищевода вслед за введением зонда-датчика для чреспищеводной эхокардиографии у больной с кардиомегалией. По мнению авторов, увеличенное сердце повышает риск перфорации пищевода ввиду деформации последнего.

При трудностях введения эходатчика-зонда и его удаления следует иметь в виду возможность повреждения пищевода, поскольку симптомы перфорации пищевода проявляются не сразу [8] или они не являются специфическими для данного осложнения [34]. Задержка в проведении дополнительных методов исследования, диагностике и особенно лечении увеличивают смертность и число дополнительных осложнений [8, 10, 12].

У ребенка 4,5 лет после эфирно-кислородного наркоза через катетер Нелатона наступила перфорация желудка с образованием 4 продольных дефектов по малой кривизне желудка длиной от 1,5 до 5,5 см [9].

Таким образом, причиной, предрасполагающими факторами СМВ могут быть заболевания пищевода, кардиоэзофагеального перехода, некоторые инструментальные методы исследования, проводимые через пищевод, о чем необходимо помнить при диагностике данного синдрома и особенно при проведении чреспищеводных методов исследования.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Проблемы и перспективы внутрипросветной эндоскопической хирургии и пищевода // IV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии.—М., 2000.—С. 58–60.
2. Дуданов И.П., Шаршавицкий Г.А., Меженин А.М. и др. Хирургическая тактика при синдроме Маллори–Вейсса // Вестн. хир.—1998.—№ 3.—С. 67–69.
3. Курыгин А.А., Баранчук В.Н., Манышев В.Г. Лечение синдрома Маллори–Вейсса эндоскопической диатермокоагуляцией // Хирургия.—1991.—№ 9.—С. 63–66.
4. Магниех М.М. Выбор лечебной тактика при синдроме Mallory-Weiss: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.—СПб., 1999.—23 с.
5. Ревякин В.И., Оганесян Л.Е. Эффективные эндоскопические методы лечения больных с синдромом Маллори–Вейсса // IV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии.—М., 2000.—С. 248–249.
6. Хунафин С.Н., Гибадуллин А.Х., Абдуллина Г.А. Диагностика и лечение синдрома Маллори–Вейсса // Актуальные вопросы медицинской помощи: Материалы научно-практической конференции.—Уфа, 1999.—С. 131–132.
7. Ashenburg C., Rothstein F.C., Dahms B.B. Herpes esophagitis in the immunocompetent child // J. Pediatr.—1986.—Bd. 108.—S. 584–587.
8. Bak-Romaniszyn L., Matecka-Panas E., Czkwianianc E. Mallory-Weiss syndrome in children // Diseases Esophagus.—1999.—№ 12.—P. 65–67.
9. Bellmann B., Wohlgemuth B., Kothe W. Об этиологии и патогенезе синдрома Маллори–Вейсса // Хирургия.—1974.—№ 2.—P. 14–19.
10. Bladergroen M.R., Lowe J.E., Postlethwait R.W. Diagnosis and recommended management of esophageal perforation // Ann. Thorac. Surg.—1986.—Vol. 42.—P. 235–239.
11. Bublick M.P., Lundeen J.W., Onstad G.R., Hitchcock C.R. Mallory-Weiss syndrome: analysis of fifty-nine cases // Surgery.—1980.—Vol. 88.—P. 400–405.

12. Bufkin B.L., Miller J.I., Mansour K.A. Esophageal perforation: emphasis on management // *Ann. Thorac. Surg.*—1996.—Vol. 61.—P. 1447–1452.
13. Cannon R., Lee G., Cox K. Gastrointestinal hemorrhage due to Mallory-Weiss syndrome in infant // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*—1985.—№ 4.—P. 323–325.
14. Carr J.C. The Mallory-Weiss syndrome // *Clin. Radiol.*—1973.—Vol. 24.—P. 107–112.
15. Chan K.L., Cohen G.I., Suchowski R.A., Baird M.G. Complications of transesophageal echocardiography in ambulatory adult patients: analysis of 1500 consecutive examinations // *J. Am. Soc. Echocardiogr.*—1991.—№ 4.—P. 577–582.
16. Chee T.S., Quek S.S.S., Ding Z.P., Chua S.M. Clinical utility, safety, acceptability and complications of transesophageal echocardiography (TEE) in 901 patients // *Singapore Med. J.*—1995.—Vol. 38.—P. 479–483.
17. Chen Y.L. Mechanical gastritis as cause of upper gastrointestinal hemorrhage // *Scand. J. Gastroenterol.*—1993.—Vol. 28.—P. 512–514.
18. Chien R.N., Chen P.C., Lin P.Y., Wu C.S. Herpes esophagitis: a cause of upper gastrointestinal bleeding in an immunocompetent patient // *J. Formos Med. Assoc.*—1992.—Vol. 91.—P. 1112–1114.
19. Cronstedt J.L., Bouchama A., Hainau B. et al. Spontaneous esophageal perforation in herpes simplex esophagitis // *Am. J. Gastroenterol.*—1992.—Vol. 87.—P. 124–127.
20. Daniel W.G., Erbel R., Kasper W. et al. Safety of transesophageal echocardiography: a multicenter survey of 10419 examinations // *Circulation.*—1991.—Vol. 83.—P. 817–821.
21. Decker J.P., Zamcheck N., Mallory G.K. Mallory-Weiss syndrome. Hemorrhage from gastroesophageal lacerations at the cardiac orifice of the stomach // *N. Engl. J. Med.*—1953.—Vol. 249.—P. 957–963.
22. De Vries A.J., van der Maaten J.M.A.A., Laurens R.R.P. Mallory-Weiss tear following cardiac surgery: transoesophageal echoprobe or nasogastric tube? // *Br. J. Anaest.*—2000.—Vol. 84.—P. 646–649.
23. Dewhirst W.E., Stragand J.J., Fleming B.M. Mallory-Weiss tear complicating intraoperative transesophageal echocardiography in a patient undergoing aortic valve replacement // *Anesthesiology.*—1990.—Vol. 73.—P. 777–778.
24. Di Felice G. The current role of endoscopy in Mallory-Weiss syndrome // *Surg. Endosc.*—1991.—Vol. 5.—P. 24–27.
25. Fishman M., Thirwell M.P., Daly D.S. Mallory-Weiss tear: a complication of cancer chemotherapy // *Cancer.*—1983.—Vol. 52.—P. 2031–2032.
26. Foster D.N., Miloszewski K., Losowsky M.S. Diagnosis of Mallory-Weiss lesions: A common cause of upper gastrointestinal bleeding // *Lancet.*—1976.—Vol. 11.—P. 483–484.
27. Flynn A.E., Verrier E.D., Way L.W. et al. Esophageal perforation // *Arch. Surg.*—1989.—Vol. 124.—P. 1211–1215.
28. Iguchi Y., Ohmoto K., Shibata N. et al. A case of esophageal intramural pseudodiverticulosis complicated with primary biliary cirrhosis and mixed connective tissue disease (in Japanese) // *Jpn. J. Gastroenterol.*—1997.—Vol. 94.—P. 180–185.
29. Itoh T., Takahashi T., Kusaka K. et al. Herpes simplex esophagitis from 1307 autopsy cases // *J. Gastroenterology.*—2003.—Vol. 18.—P. 1407–1411.
30. Johnson H.N. Visceral lesions associated with varicella // *Arch. Pathol.*—1940.—Vol. 30.—P. 292.
31. Kato S., Yamamoto R., Yoshimitsu S. Herpes simplex esophagitis in the immunocompetent host // *Diseases of the Esophagus.*—2005.—Vol. 18.—P. 340–344.
32. Kusakari K. Esophageal web and Schatzki's ring (in Japanese with English summary) // *Clin. Gastroenterol.*—1998.—Vol. 13.—P. 493–498.
33. Latham P., Hodgins L.R. A gastric laceration after transesophageal echocardiography in a patient undergoing aortic valve replacement // *Anesth. Analg.*—1995.—Vol. 81.—P. 641–642.
34. Lawrence D.R., Ohri S.K., Moxon R.E. et al. Iatrogenic oesophageal perforations: a clinical review // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*—1998.—Vol. 80.—P. 115–118.
35. Levine M.S., Moolten D.N., Herlinger H. et al. Esophageal intramural pseudodiverticulosis: a reevaluation // *A.J.R.*—1986.—Vol. 47.—P. 1165–1170.
36. Mallory K., Weiss S. Hemorrhage from laceration of the cardiac orifice of the stomach due to vomiting // *Am. J. Med. Sci.*—1929.—Vol. 178.—P. 506–515.
37. Massey S.R., Pitsis A., Mehta D., Callaway M. Oesophageal perforation following perioperative transesophageal echocardiography // *Br. J. Anaesth.*—2000.—Vol. 84.—P. 643–646.
38. Marsumoto J., Sumiyoshi A. Herpes simplex esophagitis. A study in autopsy series // *Am. J. Clin. Pathol.*—1985.—Vol. 84.—P. 96–99.
39. Mendi K., McKay J.M., Tanner C.H. Intramural diverticulosis of the oesophagus and Rokitansky-Aschoff sinuses in the gall-bladder // *Br. J. Radiol.*—1960.—Vol. 33.—P. 496–501.
40. McBane R., Gross J.B. Jr. Herpes esophagitis: clinical syndrome, endoscopic appearance, and diagnosis in 23 patients // *Gastrointest. Endosc.*—1991.—Vol. 37.—P. 600–603.
41. McDonald G.B., Sharma P., Hackman R.C. et al. Esophageal infections in immunosuppressed patients after marrow transplantation // *Gastroenterology.*—1985.—Vol. 88.—P. 1111–1117.
42. Orłowski W., Gibinski K., Konturek S. Nauka o chorobach wewnętrznych.—Warszawa: PZWL, 1989.—P. 652–655.
43. Pagel J., Lindkaer-Jensen S., Nielsen O.V. The Mallory-Weiss syndrome // *Acta. Chir. Scand.*—1975.—Vol. 141.—P. 532–535.
44. Penston J.G., Royd E.J., Wormsley K.G. Mallory-Weiss tears occurring during endoscopy: a report of seven cases // *Endoscopy.*—1992.—Vol. 24.—P. 762–765.
45. Pikarsky A.J., Zamir G., Belzberg H. Mallory-Weiss syndrome: possible link to water immersion and subsequent air flight // *Am. Surgeon.*—2000.—Vol. 66.—P. 1083–1084.
46. Quincke H. Ulcus oesophagi ex digestionem // *Dtsch. Arch. klin. Med.*—1879.—Bd. 24.—S. 72.
47. Rataller R. Endoscopies sclerotherapy in upper gastrointestinal bleeding duet of the Mallory-Weiss syndrome // *Am. J. Gastroenterol.*—1994.—Vol. 89.—P. 2147–2150.
48. Sinev I.V., Luzhnikov E.A., Sordiiia D.G. Sindrom Mallory-Weissa pri ostrykh otrawleniakh neprizhigaiuschimi wesheststvami // *Klin. Med. Mosc.*—1990.—Vol. 68.—P. 77–79.
49. Srhuman R.M., Threadgill S.T. The influence of the liver disease and portal hypertension on bleeding in Mallory-Weiss syndrome // *J. Clin. Gastroenterol.*—1994.—Vol. 18.—P. 10–12.
50. Sugawa C., Steffes C.P., Nakamura R. et al. Upper GI bleeding in an urban hospital etiology, recurrence and prognosis // *Ann. Surg.*—1990.—Vol. 212.—P. 521–527.
51. Wilcox C.M., Schwartz D.A., Clark W.S. Esophageal ulceration in human immunodeficiency virus infection. Causes, response to therapy, and long-term outcome // *Ann. Intern. Med.*—1995.—Vol. 123.—P. 143–149.
52. Wos H., Grzybowska-chlebowczyk U. Mallory-Weiss syndrome in 11 years boy // *Przegl. Ped.*—1994.—Vol. 24.—P. 99–101.
53. Yamamoto N., Nakamura M., Tachilana S. Esophageal intramural pseudodiverticulosis with Mallory-Weiss syndrome: report of a case // *Surg. Today.*—2002.—Vol. 32.—P. 519–522.

Поступила в редакцию 04.09.2008 г.