

Сопуев А.А.¹, Кудайбердиев А.Т.², Овчаренко К.Е.²

¹Д.м.н., профессор, кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии,
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева;

²соискатель, Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Аннотация

Статья посвящена оптимизации лечебно-диагностического алгоритма у больных с синдромом Меллори-Вейсса. В диагностике СМВ основное значение имеет эндоскопическое исследование. Наиболее тяжелые и активные формы кровотечения (F-la, F-ld и F-1c) встречаются при II и III стадиях синдрома. Из общего числа больных консервативное лечение было проведено у 71,3%. Рецидивы кровотечения после хирургического лечения отмечены у 2 (15,3%) из 13 больных, после местного орошения области разрывов - у 14,6%. Общая летальность после использования всех способов лечения составила 3,4%.

Ключевые слова: синдром Меллори-Вейсса, лечебно-диагностический алгоритм, эндоскопическое исследование

Key words: Mallory-Weiss syndrome, treatment-diagnostic algorithm, endoscopy examination

Введение.

Одной из наиболее частых причин кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта является синдром Меллори-Вейсса (СМВ). В структуре кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта его частота доходит до 35% и более [1,26; 4,38; 8,5; 11,33]. Рецидивы кровотечения при СМВ отмечаются в 15-20% наблюдений, послеоперационная летальность составляет 6-11% [2,58; 5,64; 7,66; 10,213], общая летальность - 1,5% [3,67].

На протяжении многих лет остается дискуссионным вопрос о тактике ведения больных с синдромом Меллори-Вейсса. Одни специалисты придерживаются активной хирургической тактики, считая, что острое пищеводно-желудочное кровотечение можно остановить только открытыми хирургическими методами. Другие клиницисты придерживаются выжидательной тактики, ведут больных с острыми пищеводно-желудочными кровотечениями консервативными методами, применяют для локального гемостаза эндоскопические, менее травматичные методы, и экстренные хирургические вмешательства считают вынужденными. Это связано с тем, что экстренные хирургические вмешательства опасны развитием таких осложнений, как стеноз нижней трети пищевода, перитонит, раневая инфекция, рецидивное кровотечение, тромбоэмболия мелких ветвей артерий легких.

Неоднозначным является отношение к роли эндоскопии при острых желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК) из верхних отделов пищеварительного тракта. Ряд специалистов отводят ей скромную роль предоперационного диагностического исследования, другие видят в ней универсальное средство, призванное решить большую часть проблем, связанных с этой нозологией. Внедрение в клиническую практику ширококанальных эндоскопов и современных видеоинформационных систем открыло новый этап в диагностике и лечении острых ЖКК. Обеспечивая хороший обзор и

возможность слаженных коллективных действий всей бригады специалистов, данные эндоскопические и хирургические технологии позволяют продуктивно выявлять источник кровотечения и проводить адекватный первичный гемостаз. Известные методы лечебной эндоскопии – такие как радиоволновое воздействие на источник кровотечения, аргоно-плазменная коагуляция, эндоклипирование, инъекционные способы гемостаза, лазерная фотокоагуляция, криовоздействие, нанесение плёнкообразующих веществ и медицинского клея, орошение источника кровотечения гемостатиками местного действия расширяют арсенал возможностей по выполнению эффективной остановки и профилактики острых ЖКК, позволяя при необходимости выиграть время для подготовки больного к неотложной операции, а у ряда пациентов пожилого возраста и пациентов с тяжелыми соматическими состояниями вообще отказаться от неё. Вместе с тем, несмотря на довольно высокую эффективность эндоскопического гемостаза вышеперечисленными методами, у клиницистов не сформировалось единого мнения о доминировании какого-либо из методов эндоскопического гемостаза при синдроме Меллори-Вейсса. Возможности неоперативного гемостаза значительно возрастают с внедрением тактики активной динамической эндоскопии, позволяющей оценить эффект воздействия примененного эндоскопического метода гемостаза и при необходимости повторить его [12,2081; 13,4325].

До настоящего времени продолжают поиски эффективных методов лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Всё вышеизложенное свидетельствует о необходимости изучения эффективности известных методов эндоскопических вмешательств, позволяющих останавливать острые кровотечения и надёжно проводить профилактику его рецидивов на всех этапах лечения.

Цель настоящего исследования. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма у больных с синдромом Меллори-Вейсса.

Материал и методы.

Под нашим наблюдением находились 332 больных с СМВ, госпитализированных в НХЦ МЗ КР за последние 3 года. Среди больных 87,9% составляли мужчины, 12,1% - женщины. Из общего количества больных в возрасте 21-60 лет было 83,7%, до 20 лет - 3,1% и старше 60 лет - 13,2%. За последние 12 лет СМВ был причиной кровотечений в 28,7% наблюдений, причем за последние 3 года прослеживалась отчетливая тенденция к росту количества таких наблюдений. Необходимо также отметить, что большинство больных (84,9%) были госпитализированы в состоянии алкогольного опьянения. Данное обстоятельство является отягощающим в плане организации экстренной диагностики, выбора более сложных методов интенсивной терапии.

Особенностью больных с СМВ является также высокая частота сопутствующих заболеваний - до 88,6%, причем у 37,6% выявлено 3 заболевания и более: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (41,1%), заболевания печени (хронический гепатит, цирроз) и желчных путей (54,3%), хронический панкреатит (45,4%), хронические гастриты, язвенная болезнь желудка (по 26,1%), заболевания сердечно-сосудистой системы (43,4%). Необходимо отметить особенности СМВ в последние годы - нередкое сочетание нескольких причин кровотечения: с варикозным расширением вен пищевода и желудка, эрозивным эзофагитом и гастритом, язвой кардиального отдела желудка. В такой ситуации возникают особые сложности в диагностике ведущей причины кровотечения и соответственно в выборе способа гемостаза.

Результаты и обсуждение.

Диагностические мероприятия на этапе госпитализации при СМВ осуществлялись в следующей последовательности. После оценки степени тяжести кровопотери больным выполнялась эзофагогастроскопия. Ее выполнение нередко усугубляет состояние больного за счет возобновления уже остановившегося кровотечения, появления новых

разрывов (судорожные позывы к рвоте во время эндоскопии) или увеличения уже имеющегося разрыва пищевода. Поэтому больным с клинической картиной СМВ такое исследование необходимо выполнять после введения противорвотных препаратов и внутривенной седатации.

По клинико-анатомическим признакам мы используем классификацию Ш.В. Тимербулатова и соавт. [11,35], в которой выделяют следующие стадии синдрома Меллори—Вейсса:

I. Разрыв (трещины) слизистой нижней трети пищевода, кардиоэзофагеального перехода;

II Разрыв (трещина) слизистой, подслизистого слоя;

III. Разрыв (трещина) с вовлечением циркулярного мышечного слоя. Зона разрыва не спазмируется, не смыкается, наблюдается интенсивное кровотечение;

IV. Разрыв всех слоев пищевода, кардиоэзофагеального перехода, сопровождается пневмотораксом, пневмомедиастинумом, медиастинитом - при разрыве грудного отдела и перитонитом - при разрыве абдоминального отдела пищевода.

В отличие от классификации В. Bellmann выделение дополнительной стадии (III) считаем принципиально важным как с точки зрения клинико-морфологической оценки глубины повреждения стенки пищевода и желудка, так и для обоснования возможностей использования различных методов гемостаза. Как было отмечено выше, в диагностике СМВ основное значение имеет эндоскопическое исследование.

При СМВ диагностические мероприятия сводятся к установлению: 1) факта кровотечения; 2) продолжения или его остановки; 3) источника кровотечения. Эти вопросы, а также необходимость дифференцированного подхода к выбору из множества консервативных, эндоскопических, хирургических методов наиболее надежного способа требуют большей детализации эндоскопических критериев кровотечения по классификации J. Forrest. По аналогии с классификацией гастродуоденальных язвенных кровотечений В.Ю. Подшивалова [8,55] считаем целесообразным дополнение степени активности кровотечения при СМВ двумя характеристиками:

F-1c — фиксированный сгусток в области дна разрыва или по краю разрыва (разрывов) с подтеканием крови из-под сгустка;

F-1d — интенсивное кровотечение без возможности локализовать, визуализировать источник кровотечения.

По нашим наблюдениям, стабильность гемостаза и опасность возобновления кровотечения зависят от величины сосудов по краям разрывов: чем крупнее сосуды (>1 мм), тем вероятнее опасность рецидива. Риск повторного кровотечения велик при свежем рыхлом кровяном сгустке, а также при больших (>5 см) и множественных разрывах.

При эндоскопической картине остановившегося кровотечения (F-2a, F-2b, F-2c) или при эндоскопическом надежном гемостазе больных госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии для проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

При осуществлении гемостаза придерживались следующих положений:

Показания к хирургическому лечению (продольная гастротомия с ушиванием разрывов) устанавливали (3,7%) при кровотечениях F-1d, при невозможности (неудачных попытках) эндоскопического гемостаза при F-1a и рецидивах кровотечения при F-1c.

Основными методами эндоскопического гемостаза явились: инфильтрационный - субмукозное введение этоксисклерола, этанола, разведенного адреналина - с обеих сторон трещины (до 4 точек). Доза 1% этоксисклерола составляла от 2 до 15 мл, а при множественных трещинах - до 25 мл. При неуверенности в окончательном гемостазе дополнительно в края разрывов вводили один из инъекционных препаратов. Учитывая

довольно высокий риск рецидива кровотечения при СМВ, для профилактики рецидива и при F-2a, F-2b применяли инфильтрационный метод.

Необходимо отметить, что тактика ведения больных при СМВ в различных клиниках разная и во многом зависит от принятой доктрины, решения организационных вопросов (например, наличие круглосуточной эндоскопической помощи), материально-технического оснащения эндоскопических отделений, накопленного клинического опыта диагностики и лечения и др.

Из общего числа больных консервативное лечение было проведено у 71,3%, местное орошение раствором нитрата серебра у 14,3%, препаратом «Капрофер» у 5,8%, инфильтрационный метод у 49,1%, хирургическое лечение — у 3,7%. Местное орошение использовалось при кровотечениях активности F-1b и СМВ I и II стадий. Рецидивы кровотечения после хирургического лечения отмечены у 2 (15,3%) из 13 больных, после местного орошения области разрывов - у 14,6%. Общая летальность после использования всех способов лечения составила 3,4%.

Таким образом, выделение клинико-анатомических стадий синдрома Маллори-Вейсса и детализация степени активности кровотечения позволяют более дифференцированно выбрать методы лечения больных.

Литература

1. Братусь В.Д., Фомин П.Д., Утратин Г.А. - Экстренная диагностика и хирургическое лечение острых желудочных кровотечений при синдроме Маллори-Вейсса // Вестник хирургии. – 1986. - №7. – С. 26-29.
2. Галлингер Ю.И., Тоджелло Э.А. - Проблемы и перспективы внутрипросветной эндоскопической хирургии и пищевода // IV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Москва, 2000. – С. 58-60.
3. Дуданов И.П., Шаршавицкий Г.А., Меженин А.М. и др. - Хирургическая тактика при синдроме Маллори-Вейсса // Вестник хирургии. – 1998. – Т.157, №3. – С. 67-69.
4. Королев М.П. - Лечебная тактика при кровоточащих острых гастродуоденальных язвах и синдроме Маллори-Вейсса // Вестник хирургии. – 1997. - №2. – С. 38-39.
5. Курыгин А.А., Баранчук В.Н., Манышев Б.Г. - Лечение синдрома Маллори-Вейсса эндоскопической диатермокоагуляцией // Хирургия. – 1991. - №9. – С. 63-66.
6. Магниех М.М. - Выбор лечебной тактики при синдроме Mallory-Weiss: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Ст.-Петербург, 1999. – 23 с.
7. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И., Басова Т.И. - Роль лечебной эндоскопии при синдроме Маллори-Вейсса // Хирургия. – 1988. - №2. – С. 66-69.
8. Подшивалов Б.Ю. - Эндоскопическая диагностика и лечение кровоточащих и перфоративных гастродуоденальных язв: Дис. ... д-ра мед. наук. – Челябинск, 2006. – 277 с.
9. Ревякин В.И., Оганесян Л.Е. - Эффективные эндоскопические методы лечения больных с синдромом Маллори-Вейсса // IV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Москва, 2000. – С. 248-249.
10. Савельев В.С. - Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М.: Триада-Х. – 2004. – 640 с.
11. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г. и др. - Особенности лечебной тактики при синдроме Маллори-Вейсса // Хирургия. – 2009. - №4. – С. 33-37.
12. Cho Y. S., Chae H. S., Kim H. K. et. al. - [Endoscopic band ligation and endoscopic hemoclip placement for patients with Mallory-Weiss syndrome and active bleeding](#) // World J. Gastroenterol. – 2008. - №7. - P. 2080-2084.

13. Guo S. B., Gong A. X., Leng J. et. al. - [Application of endoscopic hemoclips for nonvariceal bleeding in the upper gastrointestinal tract](#) // World J. Gastroenterol. – 2009. - №14; 15(34). – P. 4322–4326.