

УДК 616.33-005.1-089

## СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА И ЭРОЗИВНО-ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

П.В. Гарелик, А.А. Польнский, О.И. Дубровшик, Г.Г. Мармыш, И.С. Довнар, И.Т. Цилиндзь, М.И. Милешко, Ю.Ф. Пакульневич, Э.В. Могилевец, С.В. Колешко, В.М. Жибер

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

*Приводятся результаты диагностики и лечения 269 больных с синдромом Меллори-Вейса и 109 пациентов эрозивно-геморрагическим гастритом, находившихся на лечении в клинике общей хирургии. Установлено, что синдром Меллори-Вейса и эрозивно-геморрагический гастрит распространенные заболевания и составляют 28,8% в структуре острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Сделан вывод, что методы неотложной эндоскопической диагностики и лечения позволяют осуществлять успешный эндогемостаз более чем у 98% больных, значительно снизить количество неотложных оперативных вмешательств и улучшить результаты лечения.*

**Ключевые слова:** кровотечение, синдром Меллори-Вейса, эрозивно-геморрагический гастрит, диагностика, лечение.

*The experience of the diagnostic and treatment of 269 patients with Mellory-Weiss syndrome and 109 patients with erosive-hemorrhagic gastritis, were on treatment in clinic of general surgery is presented. It is noticed, that Mellory-Weiss syndrome and erosive-hemorrhagic gastritis are widespread diseases making a 28,8% in the structure of acute bleedings from the upper parts of a gastrointestinal tract. Modern methods of urgent endoscopic diagnostic and treatment allow to carry out a successful hemostasis more than at 98 % of patients, to reduce the quantity of urgent operative interventions and to improve resultst of treatment.*

**Key words:** bleeding, Mellory-Weiss syndrome, erosive-hemorrhagic gastritis, diagnosis, treatment.

Лечение желудочно-кишечных кровотечений остается актуальной проблемой в неотложной хирургии, сложность решения которой связана не только с тактическим разнообразием приемов при лечении основного заболевания, но и его осложнений, в том числе и кровотечений.

Заболевания эзофагокардиальной локализации, осложненные кровотечением, определяются как самые сложные для диагностики и лечения. Все авторы и во все времена эту анатомическую зону выделяли особо при рассмотрении частных вопросов неотложной абдоминальной хирургии, а D. Voth назвал ее «ахиллесовой пятой желудка» [4]. Одной из причин кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта является синдром Меллори-Вейса (СМВ). Официальное название данного синдрома, согласно пересмотру Международной статистической классификации болезней (МКБ-10), Всемирной организации здравоохранения, (Женева, 1995г.) – желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром [2]. СМВ принадлежит к числу остро возникающих заболеваний, которое проявляется выраженным пищеводно-желудочным кровотечением из остро возникших продольных разрывов слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода и кардии желудка. Тяжесть кровотечения зависит от глубины разрывов стенки этих органов и вовлечения в процесс сосу-

дов разного диаметра подслизистого, мышечного и субсерозного слоев пищевода и желудка.

Впервые разрывы пищеводно-желудочного перехода в 1879 году описал Guinka, более детально были изучены в 1929 году K. Mellory и S. Weis, чьи имена и был назван этот синдром. В 1955 году Whiting и Varгон успешно выполнили первую операцию в связи с продолжающимся кровотечением из эзофагокардиальной зоны в объеме гастротомии и прошивании разрывов, а в 70-х годах прошлого столетия появились первые успешные попытки эндоскопической остановки кровотечений при синдроме Меллори-Вейса [9].

Кардиопищеводные разрывы являются не только ведущими по частоте, но и по степени тяжести острой кровопотери. Так, известно, что при разрывах слизистой такой локализации в 63% случаев развивается кровопотеря средней степени тяжести, а в 70% тяжелой.

До широкого внедрения гибких стекловолоконных эндоскопов в клиническую практику СМВ считали редкой патологией. Сегодня этот синдром диагностируется в 5-17% случаев острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и до 50% при кровотечениях неясной этиологии [5]. В последние годы около 88-99% больных с СМВ лечатся консервативными методами, а также с использованием эндоскопических методов

гемостаза, летальность достигает 2-3%. При неэффективности консервативных методов лечения, 6-12% больных подвергаются оперативным методам лечения. Послеоперационная летальность при операционных методах лечения составляет от 10 до 60%, по разным статистическим данным [1].

В этиологии и патогенезе СМВ много неясных вопросов, вместе с тем, большинство специалистов признают, что основной реализующей причиной острых разрывов слизистой оболочки пищевода-желудочного перехода является внезапное повышение внутрибрюшного и внутрижелудочного давления с возникновением дисфункций кардиального и пилорического жомов, возникающей последующей рвотой, пароксизмами кашля и развитием астматического статуса. Возникновение синдрома Меллори-Вейса почти всегда базируется на фоне таких заболеваний, как хроническая и острая алкогольная интоксикация, заболевания желудка (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит) гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, заболевания печени, хронические заболевания легких и плевры. В результате перечисленных заболеваний в зоне кардио-эзофагеального перехода развиваются патоморфологические изменения в виде утолщения стенок артерий подслизистого слоя, варикозное расширение венозных сосудов подслизистых сплетений и разрастание фиброзной ткани в мышечном слое. Развивающиеся изменения снижают устойчивость слизистой оболочки кардио-эзофагеальной зоны к внезапному повышению внутрибрюшного давления и возникновению СМВ. Производящими факторами могут быть многократная рвота, повторные зондирования желудка и эзофагогастродуоденоскопии [7].

В клинической практике применяется классификация Н. Bellmann и соавт. (1974), основанная на оценке глубины разрывов, согласно которой выделяют три степени СМВ: первой степени – разрыв ограничен слизистой оболочкой; второй степени – разрыв слизистой и подслизистого слоев и третьей степени – разрыв стенки абдоминального отдела пищевода и/или желудка, вплоть до мышечного слоя. [3]

Другой причиной неязвенных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта является эрозивно-геморрагический гастрит. В литературе можно встретить самые разные данные о частоте данной патологии. По причине различных статистических подходов к этому вопросу, в одних случаях выделяют отдельно эрозивный и геморрагический гастриты, в других их объединяют в одну группу. Острую язву желудка и двенадцатиперстной кишки одни авторы относят к язвенным кровотечениям, другие выделяют как самостоятельное заболевание, а третьи относят к категории геморрагического гастрита. Поэтому понятно, что час-

тота эрозивно-геморрагического гастрита в структуре гастродуоденальных кровотечений колеблется от 11,2 до 33% [8].

Сущность заболевания состоит в образовании эрозий и подслизистых точечных кровоизлияний в желудке под воздействием экзогенных агрессивных жидкостей (алкоголь), в результате приема лекарственных препаратов (аспирин, диклофенак, индометацин, гормональные препараты) и эндогенных факторов. Главными эндогенными факторами в патогенезе эрозивно-язвенного гастрита считаются следующие факторы риска образования эрозий слизистой оболочки желудка: состояние микроциркуляции, местного иммунитета и уровень метаболизма. Общеизвестна роль кислотного фактора в образовании острых эрозий у больных, подвергшихся хирургическим вмешательствам на органах брюшной полости, так как известно, что у всех больных в течение первых 10 дней после операции резко возрастает продукция свободной соляной кислоты. Установлено, что при острых изъязвлениях слизистой оболочки желудка кислотность желудочного сока возрастает в 4 раза, по сравнению с исходным до операции. Протеолитическая активность желудочного содержимого в раннем послеоперационном периоде значительно повышается, с постепенным снижением только к 9 суткам. Известно, что операция, шок, перитонит сопровождаются интенсивным накоплением в крови промежуточных продуктов перекисидации, повышением активности липаз, фосфолипаз, увеличением интенсивности свободнорадикального окисления липидов. Эти факторы оказывают повреждающее действие на мембраны клеток и вызывают изъязвление слизистой оболочки [6]

В 1978 году С. Poaloni и соавт. предложили классификацию геморрагического гастрита, согласно которой выделяют: петехиальный, эрозивный и истинный геморрагический гастрит [4].

Цель настоящего исследования состоит в проведении анализа результатов диагностики и лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в условиях специализированного городского центра гастродуоденальных кровотечений.

#### Материал и методы

В центре гастродуоденальных кровотечений (ГДК) клиники общей хирургии на базе УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» с мая 2002 по 2008 г.г. находилось на лечении 269 больных СМВ, что составило 19,8% от всех пациентов, госпитализированных в клинику по поводу желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. Структура госпитализированных в центр ГДК пациентов представлена в таблице 1.

Мужчин было 229 (85,1%), женщин – 40 (14,9%). По возрасту больные распределились следующим образом: до 25 лет – 15(5,6%); 26-39 лет –

Таблица 1 – Распределение больных с СМВ по полу

Год	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Итого
Мужчины	20	29	25	35	41	32	47	229
Женщины	5	6	5	6	6	8	4	40
Всего	25	35	30	41	47	40	51	269

85(31,6%); 40-59 лет – 135 (50,2%) и старше 60 лет – 34 (12,6%) больных.

Анализируя полученные данные по структуре госпитализированных в центр ГДК больных, следует отметить, что СМВ страдают преимущественно мужчины в возрасте от 40 до 59 лет, что составляет 50,2% от всех больных с данным синдромом.

Кровотечения легкой степени при поступлении диагностированы у 203 (75,5%) больных, средней степени тяжести у 41 (15,2%) и тяжелой степени кровотечения наблюдали у 25 (9,3%) больных. Следует отметить, что 5,6% составляют больные молодого возраста, до 25 лет. Все пациенты госпитализированы в клинику по экстренным показаниям, при этом 139 больных (51,7%) поступили в первые 12 часов от момента возникновения кровотечения, 65 (24,2%) – в сроки от 12 до 24 часов, 36 (13,4%) – от 24 до 36 часов и 29 (10,7%) – позже 36 часов. В реанимационное отделение сразу госпитализировано 36 (13,4%) пациентов, 229 (85,1%) – в хирургическое и 4 (1,5%) в терапевтическое отделение. Доставлены в стационар машиной скорой медицинской помощи 226 (84,0%) больных СМВ, 18 (6,7%) переведены в клинику из других лечебных учреждений, 7 (2,6%) обратились в приемное отделение самостоятельно и 18 (6,7%) больных направлены из поликлиник города. Из анамнеза установлено, что 15 (5,6%) больных лечились неоднократно в стационаре центра ГДК по поводу СМВ. У одного из них, в связи с неэффективностью консервативного лечения, проведено оперативное лечение в объеме – гастротомия, прошивание разрывов слизистой кардии.

Установлено, что у 173(64,3%) пациентов в анамнезе были сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы, а также заболевания печени у 66(24,5%) и системы органов дыхания легких у 30 (11,2%).

С острым эрозивно-геморрагическим гастритом, что составило 9,0% от всех госпитализированных в центр ГДК, за период с мая 2002 по 2008 гг. госпитализировано 109 больных. Структура госпитализированных больных с эрозивно-геморрагическим гастритом представлена в таблице 2.

При анализе установлено, что из общего числа поступивших больных с эрозивно-геморрагическим гастритом 38(34,9%) были женщины, 71 (65,1%) – мужчины. Возраст больных распределился следующим образом: до 40 лет – 23 (21,2%) от

Таблица 2 – Распределение больных с эрозивно-геморрагическим гастритом по полу

Год	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Итого
Мужчин	11	20	4	11	11	10	4	71
Женщин	6	9	9	2	5	1	6	38
Всего	17	29	13	13	16	11	10	109

40 до 60 лет – 32 (29,3%) и старше 60 лет – 54 (49,5%) больных. Следует отметить, что почти 50% больных были трудоспособного возраста. В стационар все пациенты доставлены машиной скорой помощи по экстренным показаниям или по направлению лечебных учреждений города и района.

**Результаты исследования и их обсуждение**

При поступлении клиническая картина синдрома Меллори-Вейса и эрозивно-геморрагического гастрита проявлялась жалобами больных, характерными для фонового заболевания и симптомокомплексом желудочно-кишечного кровотечения, при котором появление крови в рвотных массах имело место у 298 (78,9%) больных, причем, рвота у большинства пациентов была многократной и возникала чаще всего после злоупотребления алкогольными напитками, а у 100 (26,5%) больных имела место мелена.

Все больные с признаками желудочно-кишечного кровотечения в ближайшие минуты и часы от момента поступления в клинику после соответствующей подготовки подвергались неотложной эзофагогастродуоденоскопии, во время которой осуществлялась диагностика локализации источника кровотечения, характер патологического процесса, а также оценивалась интенсивность кровотечения, по показаниям проводился эндоскопический гемостаз, определялась дальнейшая тактика лечебных мероприятий.

Неотложное эндоскопическое исследование признано «золотым стандартом» диагностики острого кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, выполнено у всех 269 больных СМВ и у 109 эрозивно-геморрагическим гастритом.

Эндоскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки является ведущим методом в диагностике и прогнозировании результатов лечения острых ГДК, считается первоочередным мероприятием. Эндоскопические методы при острых кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта обеспечивают точный диагноз в 95-98% [7]. Эндоскопический гемостаз предполагает предварительную оценку источника кровотечения с двух позиций: выбора эффективного приема остановки кровотечения и прогнозирования возможного рецидива кровотечения из конкретного источника геморрагии. К сожалению, в отечественной литературе, несмотря на обилие солидных научных трудов и текущих публикаций, в основном упоминается та или иная степень риска повторного кровотечения без конкретных признаков, определяющих этот риск при эндоскопии.

Подготовка больных к исследованию при необходимости включала интенсивную терапию по восполнению объема циркулирующей крови, коррекции сопутствующих заболеваний и полиорганной недостаточности, а также опорожнение и отмывание просвета пищевода и желудка от сгустков кро-

ви и пищевых масс. У 89% больных исследование производилось под местной анестезией, у 11% применялся внутривенный наркоз.

Продолжающееся кровотечение было установлено у 136 (50,6%) больных СМВ и у 47 (43,4%) эрозивно-геморрагическим гастритом, состоявшееся кровотечение имело место у 133 (49,1%) с синдромом Меллори-Вейса и у 62 (56,6%) больных эрозивно-геморрагическим гастритом. Разрывы слизистой у 238 (88,5%) больных СМВ локализовались в области пищевода-желудочного перехода, у 22 (8,3%) в абдоминальном отделе пищевода и у 9 (3,2%) – в области кардиального отдела желудка. Наиболее часто разрывы локализовались на малой кривизне желудка, задних стенках желудка и пищевода, длина их была от 1,5 до 2 см, ширина от 0,2 до 0,5 см. Согласно классификации Н. Bellman at all (1974), разрывы 1 степени были у 172 (64,4%) больных, 2 степени у 80 (29,3%) и 3 степени у 17 (6,3%) больных СМВ.

Во время эндоскопического исследования у 136 (50,6%) больных с СМВ выявлено продолжающееся кровотечение, что послужило показанием к проведению эндоскопического гемостаза. У этой группы больных применялись инъекционные методы гемостаза – паравазальная инфильтрация 5-10 мл 0,018% раствор адреналина или 25% 10-50 мл этанол-новокаиновый раствор в зоне наибольшего поступления «свежей» крови, либо дополнение инфильтрации электрокоагуляцией тромбированного сосуда. Инфильтрационный гемостаз, на наш взгляд, является наиболее эффективным и доступным из методов эндоскопических операций, независимо от локализации источника кровотечения.

Прогноз возможного рецидива кровотечения остается проблемой лечения таких больных. Имеется несколько подходов к оценке возможной вероятности повторного кровотечения.

Рецидив кровотечения после эндогемостаза развился у 10 (3,7%) больных, что явилось показанием к повторной фиброгастроуденоскопии и проведению остановки кровотечения с помощью наложения гемостатических НХ (Olympus) клипс с соединением краев разрыва слизистой. Клипсы отторгаются самостоятельно через 3-5 суток, на дефект слизистой обычно накладывают от одной до пяти клипс. Во всех случаях рецидив кровотечения при СМВ, разрывы слизистой располагались в области «ахиллесовой пяты желудка» (опасной сосудистой зоне), т.е. в проекции перфорантных сосудов на передней и задней стенках в 2-4 см от малой и большой кривизны желудка. В связи с отсутствием эффекта от проводимого эндоскопического гемостаза и продолжающимся кровотечением оперативному вмешательству подвергнут 1 (0,37%) больной, ему выполнена лапаротомия, гастротомия, прошивание кровоточащих сосудов в области пищевода-желудочного перехода.

Всем пациентам с СМВ и эрозивно-геморрагическим гастритом после выполнения диагностических и лечебных эндоскопий проводилась комплексная гемостатическая, заместительная и симптоматическая терапия, лечение основного и фоновых заболеваний. Летальных исходов в анализируемых группах больных не было.

Во время эндоскопического исследования эрозивно-геморрагическим гастритом у 43 (39,4%) больных диагностировано продолжающееся кровотечение, что потребовало проведения эндоскопических гемостатических мероприятий. В зависимости от характера поражения слизистой оболочки применялись различные методы эндогемостаза: электрокоагуляция, введение склерозирующих (этоксисклерол 0,5%-2-6 мл по 0,2 мл на одну инъекцию) и сосудосуживающих растворов (адреналин 0,018%), орошение гемостатическими препаратами (аминокапроновая кислота). У всех 43 больных эрозивно-геморрагическое кровотечение было остановлено, всем продолжена консервативная гемостатическая терапия, противоязвенное лечение, в результате которого наступило выздоровление.

Анализируя полученные данные, следует отметить, что синдром Меллори-Вейса и эрозивно-геморрагический гастрит – распространенные заболевания, составляющие 28,8% в структуре острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и угрожающие жизни больного. Современные методы неотложной эндоскопической диагностики и лечения позволяют осуществлять успешный гемостаз более чем у 98% больных и свести к минимуму количество неотложных оперативных вмешательств. Разработанные и применяющиеся алгоритмы оказания экстренной помощи больным с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта позволяют значительно улучшить результаты диагностики и лечения этой патологии.

#### Литература

1. Борисов, Д.Н. Эндоскопическая диагностика и лечение больных с синдромом Меллори-Вейса, осложненным кровотечением: автореф. дис... канд. мед. наук / Д.Н. Борисов. – М., 2001.
2. Десятый пересмотр Международной статистической классификации болезней (МКБ-10) Всемирной организации здравоохранения. – Женева, 1995.
3. Довнар, И.С. Современные проблемы лечения геморрагического гастрита / И.С. Довнар // Учителю посвящается...: юбил. сб. науч. тр. по хирургии / под ред. П.В. Гарелика. – Гродно, 2004. – С. 45-49.
4. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: руководство для врачей / под ред. А.А. Курыгина, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. – СПб., 2001. – 450 с.
5. Рассказов, А.К. Хирургическая тактика при синдроме Меллори-Вейса: автореф. дис... канд. мед. наук. / А.К. Рассказов. – СПб., 1992.
6. Ревакин, В.И. Роль эндоскопии в диагностике и лечении синдрома Меллори-Вейса: тез. докл. III Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии / В.И. Ревакин, Л.Е. Оганесян // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 2. – С. 57.
7. Савельев, В.С. Руководство по клинической эндоскопии / В.С. Савельев, В.М. Буянов, Г.И. Лукомский. – М., 1985. – 543 с.
8. Скрыбин, О.Н. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы: автореф. дис... д-ра мед. наук.: 14.00.27 / О.Н. Скрыбин. – СПб., 1994. – 35 с.
9. Classen, M. Gastrointestinal Endoscopy. Therapeutic procedures / M. Classen, G.N.J. Tytgat, C.J. Lightdale. – Stuttgart, 2002. – P. 262-300, 544.

Поступила 31.03.09