

УДК 617.53-089

© К.Г.Кубачев, Д.М.Ризаханов, Ш.А.Шарипов

Диагностика и тактика лечения синдрома Маллори–Вейсса с применением малоинвазивных технологий

К.Г.КУБАЧЕВ, Д.М.РИЗАХАНОВ, Ш.А.ШАРИПОВ

Diagnosics and treatment tactics by endoscopic technology Mallory-Weiss syndrome

K.G.KUBACHEV, D.M.RIZAKHANOV, SH.A.SHARIPOV

Городская Александровская больница, г. Санкт-Петербург

Синдром Маллори-Вейсса занимает 3-4 место среди причин развития кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [5], общая летальность при этом составляет 5-10% и характеризуется высоким риском развития рецидива, наблюдающимся, по данным различных авторов, в 20-35% случаев [5, 3]. Эти неутешительные данные отражают нерешенную проблему лечения данной патологии, актуальность которой остается довольно значимой и по сей день, наряду с другими причинами кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, такими как гастродуоденальные язвы и синдром портальной гипертензии.

Синдромом Маллори-Вейсса называется состояние, при котором возникает развитие острых продольных разрывов слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода или кардии желудка различной степени выраженности и проявляющееся выраженным пищеводно-желудочным кровотечением. Как известно, основной причиной, предрасполагающей к возникновению разрывов пищеводно-желудочного перехода, является злоупотребление алкоголем с последующей рвотой [6]. 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].

Оперативное лечение больных с синдромом Маллори-Вейсса включает остановку кровотечения путем применения широкой лапаротомии, гастротомии и ушивания разрывов. Однако эндоскопическое оборудование открыло 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 и кровезамещающего действия [1, 2]. Вместе с тем, успех эндоскопических методов во многом зависит от грамотного и обоснованного алгоритма действий с применением критериев оценки возможностей

эндоскопических гемостаза, учета прогноза возможного рецидива, сопутствующей патологии и динамического состояния у каждого пациента.

Целью исследования явилось изучение эффективности лечения синдрома Маллори-Вейсса в условиях ургентного стационара при преимущественном использовании эндоскопических способов гемостаза.

Материалы 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 год.

Ретроспективно анализированы истории болезней 207 пациентов с синдромом Маллори-Вейсса, пролеченных до широкого применения эндоскопии с 2000 по 2004 год (1-я группа). При этом 156 пациентов с кровотечения легкой и средней степенями кровопотери лечили консервативно. 51 пациент был оперирован традиционно, в экстренном порядке, на фоне безуспешности консервативных методик, с признаками нестабильной гемодинамики и с тяжелой кровопотерей.

С 2004 по 2008 гг., 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-х часов 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 физиологическим раствором до светлых вод, введение прокинетиков для быстрого опорожнения желудка), седатирования беспокойных пациентов, восполнения объема циркулирующей крови и параллельного дообследования с осмотром необходимых специалистов, нивелирования последствий алкогольного опьянения. Все исследования проводились под адекватным обезболиванием в условиях па-

латы интенсивной терапии под наблюдением реанимационной бригады.

При первичной эндоскопии выявить источник кровотечения удалось в 73,4%. 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, физ. раствор) осуществлен у 171 пациента: у 83 - термические (диатермокоагуляция и аргоноплазменная 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 в раннем периоде. Как показала практика, наиболее успешными и относительно безрецидивными методами эндоскопического гемостаза при синдроме Маллори-Вейсса оказались механические и комбинированные виды аппликаций.

Менее эффективными показали себя моновариантные методы эндоскопического гемостаза, инъекционный и термический, при которых рецидивы кровотечения возникали чаще.

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 (1984), основанной на оценке глубины разрывов: I степень была выявлена у 211 (61,7%) больных, II степень – у 129 (37,7%), III степень – у 4 (1,2%).

Статистический анализ полученных результатов проведен методом вариационной статистики. Достоверность различий оценивали при помощи параметрических и непараметрических критериев. Различия считали достоверными при значении $p \leq 0,05$.

Список литературы

1. *Вербицкий В.Г., Кузьмич А.А., Курьгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф.* Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений. «Неотложная хирургическая гастроэнтерология». Руководство для врачей. Ред. СПб.: Питер. 2001; 94-108.
2. *Загидов М.З., Загидова А.М., Велиева Ц.К.* Тактика лечения синдрома Маллори – Вейсса. Сб. тез. Первого

Результаты и обсуждение. У 1-й группы больных, пролеченных за период 2000-2004 гг., которым с целью достижения устойчивого гемостаза выполнялась гастротомия 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 методик, 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 было прооперировано традиционным способом. Умерло 2 больных с алкогольным циррозом печени и печеночной недостаточностью. Общая летальность составила 0,58%. 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, не подвергнувшись остановке повторным применением эндоскопического метода.

Выводы

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

2. Широкое внедрение эндоскопических технологий способствует снижению оперативной активности и общей летальности при синдроме Маллори-Вейсса.

3. Эндоскопические методы позволяют произвести оценку степени разрыва синдрома Маллори-Вейсса, темпа кровотечения и, в случае глубоких разрывов, позволяет добиться временного контролируемого гемостаза с целью адекватного проведения предоперационной подготовки.

Конгресса Московских Хирургов "Неотложная и специализированная хирургическая помощь". М. 2005; 14.

3. *Лопатников А.В.* Активная эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Сб. тез. Первого Конгресса Московских Хирургов "Неотложная и специализированная хирургическая помощь". М. 2005; 22.

4. *Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И.* Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Маллори-Вейсса. Хирургия. 2003; 10: 12-16.
5. *Розиков Ю.Ш., Алексанян А.А., Гоголашвили Д.Г.* Сочетанные методы эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Сб. тезисов «Проблемы амбулаторной хирургии». Мат. IV конференции поликлинических хирургов. М. 2003; 45-48.
6. *Соловьев А.С.* Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори-Вейсса. *Анналы хирургии.* 2007; 1: 29-32.

Поступила 28.07.2011 г.

Информация об авторах

1. Кубачев Кубач Гаджимагомедович – д.м.н., проф., зам. главного врача по хирургии городской Александровской больницы; e-mail: kubachev_kubach@mail.ru
2. Ризаханов Даниял Магомедович – к.м.н., врач-хирург городской Александровской больницы; e-mail: kubachev_kubach@mail.ru
3. Шарипов Шамиль Алиомарович – врач-хирург городской Александровской больницы; e-mail: kubachev_kubach@mail.ru