

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЛОРИ – ВЕЙССА

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

Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызская Республика (720044, Бишкек, ул. Абдраимова, 25), e-mail: nsc.bishkek.kg@gmail.com

Синдром Маллори – Вейсса (желудочно-кишечный разрывно-геморрагический синдром) – разрыв слизистой оболочки желудка или терминального отдела пищевода, сопровождающийся кровотечением или пенетрацией в средостение, с сопутствующим медиастинитом. В исследуемой группе мужчины составили 87,9 %, женщины – 12,1 %. Возрастной состав пациентов с СМВ был следующим: в возрасте 21–60 лет было 83,7 %; лица до 20 лет – 3,1 %, старше 60 лет – 13,2 %. Основные этиологические факторы: рвота на фоне алкогольной интоксикации; диафрагмальная грыжа; атрофический гастрит; эзофагит. В некоторых случаях синдром Маллори – Вейсса развивался без видимых причин. Исследование, представленное в настоящей работе, направлено на оптимизацию лечебно-диагностического алгоритма у больных с синдромом Маллори – Вейсса (СМВ). Авторы предлагают ориентироваться на клинико-анатомическую стадию и детализировать степень активности кровотечения. Важнейшую роль в диагностике СМВ играет эндоскопическое исследование. Наиболее тяжелые и активные формы кровотечения (F-1a, F-1d и F-1c) встретились при II и III стадиях синдрома. Консервативное лечение было проведено в 71,3 % от общего числа пациентов. В нашем исследовании 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 Маллори – Вейсса, лечебно-диагностический алгоритм, эндоскопическое исследование.

WAYS TO OPTIMIZE THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS AT MALLORY – WEISS SYNDROME

Sopuev A.A., Kudaiberdiev A.T., Ovcharenko K.E.

National Surgical Centre of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyz Republic (720044, Bishkek, street I.Abdraimov, 25)

Mallory – Weiss syndrome (gastrointestinal discontinuous-hemorrhagic syndrome) – rupture of the mucous membrane of the stomach or the terminal part of the oesophagus, accompanied by bleeding or penetration into the mediastinum, with a concomitant mediastinitis. There were male 87.9 %, female – 12.1 % in the study group. The age structure of patients with MWS was as follows: age 21–60 years was 83.7 %, face up to 20 years – 3.1 %, over 60 years – 13.2 %. The main etiological factors were vomiting for alcohol intoxication; diaphragmatic hernia, atrophic gastritis, esophagitis. In some cases, the Mallory – Weiss syndrome developed without apparent reason. The study, presented in this article is aimed at optimizing the diagnostic and treatment algorithm for patients with Mallory -Weiss syndrome (MWS). The authors propose to focus on the clinical and anatomical stage and detail the degree of activity of hemorrhage. The most important role in the diagnosis of MWS plays endoscopy. The most severe and active forms of bleeding (F-1a, F-1d and F-1c) met with stages II and III. Conservative treatment was carried out in 71.3 % of the total patients. In our study, recurrence of bleeding after surgery were observed in 2 (15.3 %) of 13 patients after local irrigation area breaks – at 14.6 %. Overall mortality after using all methods of treatment was 3.4 %.

Keywords: Mallory – Weiss syndrome, treatment-diagnostic algorithm, endoscopy examination.

Введение

Актуальность проблемы пищеводно-желудочного разрывно-геморрагического синдрома (синдрома Маллори – Вейсса) остается довольно значимой и по сей день, несмотря на достижения современной медицины [1,2,6]. Разрывно-геморрагический синдром относится к числу неотложных состояний в абдоминальной хирургии [4,6]. Несмотря на

значительные успехи в эндоскопическом лечении гастроуденальных кровотечений, известные традиционные способы местного гемостаза не дают желаемых результатов [1,7]. Анатомическая локализация источника кровотечения при синдроме Маллори – Вейсса сопряжена с определенными техническими трудностями оперативного гемостаза, прежде всего сложностью ушивания стенки пищевода из гастротомической раны, наличием множественных дефектов и обширной интрамуральной гематомы. Надежность гемостаза обеспечивается использованием оптимального для данного вида кровотечения способа его остановки [5]. Применяя современные эндоскопические технологии, можно осуществить гемостаз, дать прогноз риска рецидива кровотечения. Неприменение методов эндоскопического гемостаза приводит к необходимости хирургического лечения 7,8–46,2 % больных с СМВ [5,8].

Рецидивы кровотечения при СМВ отмечаются в 20–30 % наблюдений, послеоперационная летальность составляет 10–17 %, общая – 0,4–1,8 %. Эндоскопическое оборудование открывает новые возможности лечения таких больных, поэтому 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.

Возникает необходимость дальнейшего изучения действенности применяемых методов эндоскопических вмешательств, которые позволяют осуществлять гемостаз и профилактику рецидивов внутриполостных кровотечений на всех этапах лечения. Это позволит значительно снизить процент экстренных операций и улучшить конечные результаты лечения больных с синдромом Маллори – Вейсса.

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

Материал и методы исследования

В исследование вошло 332 пациента с СМВ, госпитализированных в НХЦ МЗ КР в период 2009–2012 гг. Мужчины в группе составили 87,9 %, женщины – 12,1 %. Возрастной состав исследуемой группы пациентов с СМВ был следующим: в возрасте 21–60 лет было 83,7 %; лица до 20 лет – 3,1 %, 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 исследования и их 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. [4], в которой выделяют следующие стадии синдрома Маллори – 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 [3] 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: инфльтрационный – 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 инфльтрационный 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 %.

Заключение

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

Список литературы

1. 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.
2. Магниех М.М. Выбор лечебной тактики при синдроме Mallory-Weiss: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Ст.-Петербург, 1999. – 23 с.
3. Подшивалов Б.Ю. Эндоскопическая диагностика и лечение кровоточащих и перфоративных гастродуоденальных язв: Дис. ... д-ра мед. наук. – Челябинск, 2006. – 277 с.
4. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г. и др. Особенности лечебной тактики при синдроме Маллори – Вейсса // Хирургия. – 2009. – № 4. – С. 33-37.
5. Чудинов А.А. Репин В.Н., Полетаева И.В. Зубарева Н.А., Тваладзе И.М., Рыжаков А.П., Костин В.А. Возможности эндоскопического гемостаза при синдроме Маллори – Вейсса // XI Съезд хирургов России, 2010.
6. 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.
7. 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.
8. Kryshen V., Trofimov N. Clinical and Morphological Parallels at the Mallory – Weiss Syndrome. Acta Chirurgica Belgica. [Supp. 105]. – 2005. – 5; 51: 50.

Рецензенты:

Ниязов Б.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии ФУВ, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек.

Алыбаев Э.У., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии, Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек.