

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, А.В. Староватов

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

DOI 10.25789/YMJ.2024.85.10

УДК 616.33-005.1-072.1-08-039.73

Целью настоящего исследования явилась ретроспективная оценка эффективности хирургической лечебной тактики при лечении синдрома Меллори-Вейса (СМВ) в конкретном хирургическом стационаре. В ходе проведенного исследования установлено, что широкое применение в клинической практике многопрофильных хирургических стационаров эндоскопических методов остановки кровотечений при СМВ позволяет улучшить непосредственные результаты лечения, снизить количество осложнений и уменьшить летальность.

Ключевые слова: синдром Меллори-Вейса, эндоскопический гемостаз, хирургическая лечебная тактика.

The aim of this study was retrospective evaluation of the effectiveness of surgical treatment tactics in the treatment of Mallory-Weiss syndrome in a specific surgical hospital. In the course of the study, it was established that the widespread use in clinical practice of multidisciplinary surgical hospitals of endoscopic methods of stopping bleeding in Mallory-Weiss syndrome allows to improve the immediate results of treatment, reduce the number of complications and reduce mortality.

Keywords: Mallory-Weiss syndrome, endoscopic hemostasis, surgical treatment tactics.

Введение. К одной из наиболее частой патологии, встречающейся в ургентной хирургии, относится «разрывно-геморрагический синдром», или синдром Меллори-Вейса (СМВ). Частота обнаружения среди всех видов кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляет, как правило, не менее 15-20% [3] и характеризуется довольно высоким процентом риска повторного кровотечения (не менее 20-25%), а также вероятным развитием тяжелых осложнений (не менее 1-3%) [4]. Летальность при этом может достигать значений в 5-10%, особенно при развитии напряженного пневмоторакса, гнойного медиастинита, тяжелых форм распространенного гнойного перитонита [6]. Вышеописанные показатели наглядно отражают реальную проблему диагностики и лечения СМВ наряду с другими патологиями желудочно-кишечного тракта, которые сопровождаются кровотечением: гастродуоденальные язвы, синдром портальной гипертензии, эзофагиты, аномалии сосудов желудочно-кишечного тракта и др.

Известно, что в подавляющем большинстве случаев (не менее 75-

80%) начало этого заболевания связывают с повторной или неукротимой рвотой после обильного приема пищи, или после приема алкоголя и его суррогатов [3]. Также развитию СМВ могут способствовать физические нагрузки после обильной еды, упорная икота, тупая травма живота, а также процедура эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) у неподготовленных к этому пациентов [1]. Нередки случаи возникновения СМВ вследствие возникшей рвоты на фоне течения ряда заболеваний и патологических состояний, таких как: механическая и динамическая кишечная непроходимость, поражения периферической и центральной нервной системы, вестибулярные нарушения [2].

Непосредственно хирургическая лечебная тактика в отношении больных с СМВ в наши дни включает применение малоинвазивных эндоскопических технологий комбинированного воздействия на очаг кровотечения (химических, физических и механических методов гемостаза). В случаях же безуспешного применения эндоскопических методик принимается взвешенное решение для осуществления традиционной лапаротомии, гастротомии и ушивания возникших повреждений. Одновременно с этим проводится широкий спектр консервативных мероприятий, включающий коррекцию гемостаза, водно-электролитных нарушений, подавление секреторной функции желудка, по необходимости, переливание крови и кровезаменителей [1,4,5]. Не вызывает сомнений,

что успешность всей стратегии лечения заболевания всецело зависит от грамотного использования алгоритма действий по применению наиболее эффективных методов эндоскопического гемостаза с учетом прогноза рецидива кровотечения, наличия или отсутствия коморбидной патологии, динамического контроля над общим состоянием и многого другого.

Цель исследования – ретроспективно оценить эффективность хирургической лечебной тактики при лечении синдрома Меллори-Вейса в конкретном хирургическом стационаре.

Материал и методы исследования. Представленный материал основан на клиническом анализе результатов лечения 73 больных с синдромом Меллори-Вейса, прошедших лечение в хирургических стационарах Республиканской больницы №2 – Центра экстренной медицинской помощи (РБ №2-ЦЭМП) Республики Саха (Якутия) в период с 2019 по 2023 г. Диагноз СМВ установлен на основании стандартного клинического обследования. Средний возраст пациентов составил $36,7 \pm 2,1$ года, мужчин было 51 чел. (69,9%), женщин – 22 чел. (30,1%). Для оценки глубины повреждения стенок пищевода и желудка нами использовалась клинко-анатомическая классификация Ш.В. Тимербулатова [6]. Для прогноза риска кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта применялась классификация J.A. Forrest [7]. Лечебно-диагностическая процедура ЭГДС проводилась нами по стандартной методике и со-

Медицинский институт Северо-Восточного федеральн. ун-та им. М.К. Аммосова: **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – д.м.н., доцент, проф., vvsaveliev@mail.ru; **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой; **СТАРОВАТОВ Артем Васильевич** – врач хирург Республикан. б-цы №2-Центра экстренной медицинской помощи (г. Якутск).

Таблица 1

Структура и характеристика кровотечений по J.A. Forrest [7]

Тип	Абс. число	%
Тип F-I-активное кровотечение (n=45)		
I a (пульсирующей струей)	14	19,2
I b (подтекание крови)	31	42,5
Тип F-II-признаки недавнего кровотечения (n=28)		
II a (видимый некровоточащий сосуд)	7	9,6
II b (фиксированный тромб-сгусток)	15	20,5
II c (плоское черное пятно, черное дно дефекта)	6	8,2
Итого	73	100

Таблица 2

Структура и характеристика стадий СМВ по Ш.В. Тимербулатову [6]

Стадия	Абс.	%
I (разрыв захватывает только слизистую оболочку)	21	28,7
II (разрыв захватывает подслизистый слой)	38	52,1
III (в зону разрыва вовлекается мышечный слой)	14	19,2
Итого	73	100

гласно разработанным общепринятым техническим приемам с помощью видеогастроскопа GIF-2T160 фирмы «Olympus» (Япония). Всех пациентов с подозрением на кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта немедленно помещали в палату протившоковой терапии, располагающуюся непосредственно в приемном покое РБ№2-ЦЭМП. Все эндоскопические исследования выполнялись в течение первых 2 ч нахождения пациентов в клинике после проведения необходимой подготовки (стабилизация общего состояния, промывание желудка, консультация специалистов смежных специальностей) под контролем врача анестезиолога-реаниматолога. В случаях массивных кровотечений ЭГДС производилась в условиях развернутой операционной и в присутствии бригады хирургов.

Результаты и обсуждение. По нашим наблюдениям, средний срок от начала кровотечения и до поступления в клинику составлял: от 1 ч до 3 ч - 37 (50,7%) больных, от 3 до 6 - 25 (34,2), от 6 до 12 - 7 (9,6) и более 12 ч - 4 (5,5%) больных. В результате первичной ЭГДС обнаружить источник кровотечения удалось у 86,7% больных. В остальных случаях потребовалось дополнительное время для подготовки верхних отделов желудочно-кишечного тракта к исследованию. Обусловлено это было экстренностью поступающих больных и возможной наполненностью желудка пищевыми массами.

По нашим наблюдениям, непосредственной причиной СМВ стали: прием алкоголя и его суррогатов - 59 (80,8%) больных, обильный прием пищи - 10 (13,7), кишечная непроходимость - 4 (5,5%) больных. Наличие продолжающегося кровотечения зафиксировано у 45 (61,7%) больных СМВ, его отсутствие - у 28 (38,3%). Данные, полученные при оценке признаков кровотечения по классификации J.A. Forrest, представлены в табл. 1.

Глубина выявленных дефектов отличалась вариабельностью. В табл. 2. представлена характеристика стадий СМВ согласно классификации Ш.В. Тимербулатова.

В наших наблюдениях IV стадии СМВ - разрыв пищевода с осложнениями в виде пневмомедиастинума, пневмоторакса, пневмоперитонеума - не наблюдалось. Преимущественной локализацией разрыва был кардиоэзофагеальный переход - 61 (83,6%) больной, реже были изолированная желудочная и пищеводная локализации дефекта - 9 (12,3%) и 3 (4,1%) больных.

По нашим наблюдениям, во всех случаях при продолжающихся кровотечениях из зон повреждения, обусловленных СМВ, удалось достигнуть остановки кровотечения с применением эндоскопических методов гемостаза. Анализ наблюдений показал, что наиболее эффективным методом остановки кровотечения при его струйном характере был механический - наложение эндоскопических клипс. Данный вид гемостаза применен у 10 (22,2%) больных, ни одного случая рецидива кровотечения отмечено не было. Комбинированный метод эндоскопического гемостаза, (как правило, это использование химических и физических методов воздействия (инъекции раствора адреналина и диатермокоагуляции или аргоноплазменной коагуляции), был применен у 35 (77,8%) больных. Рецидив кровотечения отмечен лишь у 3 (8,5%) больных. Чаще всего рецидив был связан с нарушениями коагуляции вследствие тяжелой эндогенной интоксикации, развитием синдрома печеночно-почечной недостаточности. В тех же клинических случаях, когда активного кровотечения не наблюдалось, выполнялись профилактические мероприятия в виде инъекций сосудосуживающих препаратов, диатермокоагуляции, орошения ε-аминокапроновой кислотой. При отсутствии признаков кровотечения контрольные эндоскопические исследования проводили на 3-и и 5-е сут нахождения больного в хирургическом стационаре. В последующем большая часть пациентов (не менее 75,5%) была переведена в стационары терапевтического профиля, преимущественно гастроэнтерологические отделения. Средний срок пребывания больных с синдромом Меллори-Вейса в хирургическом стационаре, как правило, не превышал $5,5 \pm 2,0$ сут.

В заключение следует отметить, что проблема эффективности применения различного рода эндоскопических методов гемостаза, в том числе и при СМВ, активно разрабатывается в течение последних 25-30 лет. Для гемостаза и профилактики рецидива кровотечений в настоящее время применяются различные по своему спектру воздействия, эффективности и безопасности методы. Немаловажным моментом успешного осуществления остановки кровотечения являются подготовительные мероприятия и, прежде всего, подготовка поверхности желудочно-кишечного тракта и источника

вающих препаратов, диатермокоагуляции, орошения ε-аминокапроновой кислотой. При отсутствии признаков кровотечения контрольные эндоскопические исследования проводили на 3-и и 5-е сут нахождения больного в хирургическом стационаре. В последующем большая часть пациентов (не менее 75,5%) была переведена в стационары терапевтического профиля, преимущественно гастроэнтерологические отделения. Средний срок пребывания больных с синдромом Меллори-Вейса в хирургическом стационаре, как правило, не превышал $5,5 \pm 2,0$ сут.

кровотечения [4]. Так, помимо промывания желудка и пищевода, назначения прокинетиков и премедикации, достаточно эффективным оказалось орошение области источника кровотечения хлорэтилом или эфирами. Применение этилов и эфиров способствует охлаждению и высушиванию ткани, что создает предпосылки к временному гемостазу и более эффективному использованию в дальнейшем физических и иных методов воздействия на источник кровотечения [3]. Касаемо частоты и эффективности применения тех или иных методов гемостаза, можно сказать с уверенностью, что все зависит от конкретной клинической ситуации (источник и интенсивность кровотечения, состояние пациента, наличие необходимого эндоскопического оборудования и подготовки персонала). Несомненно, то лечебное учреждение, которое в своем арсенале имеет весь спектр передовых технологий, будет иметь возможность более эффективно справляться с поставленными задачами. По данным мировой литературы [1, 4, 7], эффективность применения эндоскопических методов гемостаза должна составлять не менее 85%, а риск развития осложнений не должен превышать 0,7-1,0%. Все это создает предпосылки для поиска более эффективных и безопасных методов эндоскопического гемостаза, а также совершенствования организационных

мероприятий по улучшению качества оказания медицинской помощи.

Таким образом, можно сделать следующие **выводы**, что приоритетным и достаточно эффективным направлением в хирургической лечебной тактике при СМВ остается применение эндоскопических технологий. Более широкое внедрение эндоскопических технологий при СМВ способствует снижению количества осложнений и уровня летальности, а также случаев применения традиционных инвазивных методов лечения. В случаях рецидива кровотечения после проведения эндоскопического гемостаза методом выбора остается применение традиционной лапаротомии, гастротомии и остановки кровотечения путем прошивания участков разрывов. При этом эндоскопические технологии помогают добиться временного контролируемого гемостаза с целью последующего адекватного проведения предоперационной подготовки у больных с СМВ.

Литература

1. Богданович А.В., Шилинок В.Н., Зельдин Э.Я. Структура и тактика лечения кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Вестник ВГМУ. 2016. № 3. С. 40-46.
Bogdanovich A.V., Shilinok V.N., Zeldin E.Y. Structure and tactics of treatment of bleeding from the upper gastrointestinal tract // Bulletin of VGMU. 2016. № 3. P. 40-46. <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2016.3.40>.
2. Гома Т.В., Козлова Н.М., Быков Ю.Н. Син-

дром Меллори-Вейса у больной с COVID-19 // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021. № 192 (8). С. 175-180.

Goma T.V., Kozlova N.M., Bykov Y.N. Mallory-Weiss syndrome in a patient with COVID-19 // Experimental and clinical gastroenterology. 2021. № 192 (8). P. 175-180. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-192-8-175-180>.

3. Мельник И.В., Гуломов Ф.К. Современные аспекты диагностики и лечения кровотечений при синдроме Меллори-Вейса // Вестник экстренной медицины. 2012. № 4. С. 85-89.

Melnik I.V., Gulomov F.K. Modern aspects of diagnosis and treatment of bleeding in Mallory-Weiss syndrome // Bulletin of emergency medicine. 2012. № 4. P. 85-89.

4. Назаров Ш.К., Мухаммадзода Р., Мавджудов М.М. Этиология, патогенез, диагностика и лечение синдрома Меллори-Вейса // Вестник Авиценны. 2013. № 3. С. 95-100.

Nazarov S.K., Muhammadzoda R., Mavdzhudov M.M. Etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of Mallory-Weiss syndrome // Avicenna Bulletin. 2013. № 3. P. 95-100.

5. Стяжкина С.Н., Токарева В.Ю., Гильфанов А.М. Клинический случай синдрома Меллори-Вейса // Modern science. 2020. № 3. С. 322-324.

Styazhkina S.N., Tokareva V.Y., Gilfanov A.M. Clinical case of Mallory-Weiss syndrome // Modern science. 2020. № 3. P. 322-324.

6. Тимербулатов Ш.В., Сагитов Р.Б., Ямалов Р.А. Хирургическая тактика при синдроме Меллори-Вейса // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2010. № 5. С. 39-43.

Timerbulatov Sh.V., Sagitov R.B., Yamalov R.A. Surgical tactics for Mallory-Weiss syndrome // Bulletin of the National Medical and Surgical Center named N.I. Pirogov. 2010. № 5. P. 39-43.

7. Forrest J.A., Finlayson N.D., Sherman D.J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // Lancet. 1974. Vol. 2. (7887) P. 394-397.

