

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра и клиника хирургических
болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

РЕФЕРАТ

По теме

“Синдром Мэллори-Вейса. Клиника. Диагностика. Лечение.”

Заведующий кафедрой: Д.М.Н., доцент Здзитовецкий Д.Э

Выполнил:
клинический ординатор 1 года
Попов Валерий Александрович
Проверил:
Д.М.Н., доцент
Здзитовецкий Дмитрий Эдуардович

г. Красноярск, 2021г.

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ представляют собой сложную проблему экстренной хирургии. Заболевания, которые приводят к этому грозному осложнению, весьма разнообразны. Острая кровопотеря реально угрожает жизни больных, а их судьба зависит от того, насколько быстро будет поставлен правильный диагноз и насколько быстрой и адекватной окажется лечебная помощь. Источниками кровотечений чаще всего служат острые и хронические язвы желудка и ДПК, эрозивно-геморрагический гастрит, синдром Маллори-Вейсса, варикозные вены пищевода и желудка при ПГ. Менее известны случаи профузного кровотечения при аневризмах аорты и висцеральных артерий с аррозией в желудок или ДПК.

Коды по МКБ-10: • K22.6 Желудочно-кишечный разрывно-геморрагический синдром (синдром Маллори-Вейсса). • K25.0 Язва желудка острая с кровотечением. • K25.4 Язва желудка хроническая или неуточнённая с кровотечением. • K26.0 Дуоденальная язва острая с кровотечением. • K26.4 Дуоденальная язва хроническая или неуточнённая с кровотечением. • K29.0 Острый геморрагический гастрит. • K76.6 Портальная гипертензия.

Эпидемиология

Язвенные гастродуоденальные кровотечения составляют от 50 до 80% всех кровотечений из верхних отделов ЖКТ. В мире частота язвенных кровотечений составляет 103 на 100000 населения, при этом только в США ежегодно госпитализируют около 300 000 таких пациентов. По данным МЗ России, в 2014 г. с кровоточащими язвами были госпитализированы 44224 пациента, умерли около 6% из них. Частоту кровотечений, обусловленных эрозивно-геморрагическим гастритом, трудно оценить, но они в значительном проценте случаев сопровождаются шоком, сепсисом, ожоговую болезнь, острую почечную недостаточность и целый ряд других состояний, которые требуют лечения в отделениях реанимации. Примерно по 10% приходится на долю желудочно-кишечных кровотечений, обусловленных синдромом Маллори-Вейсса и ПГ.

Определение синдрома Маллори-Вейсса.

Синдром Маллори-Вейсса - это продольный разрыв слизистой оболочки пищевода, происходящий при сильных позывах к рвоте или во время самой рвоты.

Распространенность синдрома Маллори-Вейсса.

Синдром Маллори-Вейсса становится причиной до 10% всех желудочно-кишечных кровотечений. В большинстве случаев синдром Маллори-Вейсса возникает у мужчин 45-60 лет, злоупотребляющих алкоголем.

Этиология синдрома Маллори-Вейсса.

Синдром Маллори-Вейсса возникает главным образом при повышении давления в верхних отделах желудочно-кишечного тракта.

Внезапное сильное повышение давления в области желудочно-пищеводного перехода приводит к линейному разрыву слизистой оболочки. Давление повышается по многим причинам: 1. Часто синдром Маллори-Вейсса развивается при рвоте. Рвота может возникнуть при употреблении избыточного количества алкоголя, переедании, беременности, панкреатите, холецистите и др. заболеваниях.

2. Икота
3. Кашель
4. Повреждение пищевода при фиброэзофагогастродуоденоскопии.
5. Диафрагмальные грыжи
6. Сердечно-легочная реанимация
7. Тупые травмы живота. При ударе в область живота, падении с высоты, ДТП.

Клинические проявления синдрома Маллори-Вейсса.

Клинически синдром Маллори-Вейсса будет проявляться наличием крови в рвотных массах. При чем кровь может отсутствовать во время первых приступов рвоты, когда только происходит разрыв слизистой.

Кроме рвоты с примесью крови у больных с данным синдромом возможно наличие болей в животе, стула черного цвета (мелены).

Диагностика синдрома Маллори-Вейсса.

Из инструментальных методов диагностики синдрома Маллори-Вейсса наибольшую ценность представляет эндоскопическое исследование (фиброскопия). Данное исследование позволяет увидеть продольный разрыв слизистой оболочки пищевода. Кроме того, если обнаруживается кровотечение, то его можно попытаться остановить эндоскопически (см. Лечение синдрома Маллори-Вейсса).

Для прогнозирования язвенного кровотечения и угрозы рецидива по эндоскопическим признакам используют классификацию Форреста (Forrest J.A., 1974).

- Тип FI — активное кровотечение:
 - 1a — продолжающееся струйное кровотечение (spurting bleeding);
 - 1b — продолжающееся капиллярное подтекание крови (oozing bleeding).
- Тип FII — признаки состоявшегося кровотечения:
 - Па — видимый тромбированный сосуд в дне язвы (visible vessel);
 - Ф- lib — фиксированный тромб-сгусток в дне язвы (fixed clot);
 - Пс — чёрное пятно — солянокислый гематин в дне язвы (pigmented (black) spot).
- Тип F III — дефект без следов перенесённого кровотечения, язва с чистым белым дном.

В анамнезе больных синдромом Маллори-Вейсса часто можно встретить упоминание об употреблении алкогольных напитков в большом количестве, вследствие чего возникала рвота.

При осмотре больного с синдромом Маллори-Вейсса можно обнаружить общие признаки всех кровотечений: бледность кожных покровов, холодный липкий пот, вялость, тахикардия, гипотония, возможно, даже развитие шока.

Оценка степени тяжести кровопотери Она проводится на основании совокупности клинических и лабораторных данных, включая оценку параметров ОЦК (Горбашко А.И., 1974): / степень — лёгкая кровопотеря: общее состояние удовлетворительное, умеренная тахикардия до 100 в минуту, АД в норме, ЦВД 5-15 см вод.ст., диурез не снижен, гемоглобин не ниже 100 г/л, дефицит ОЦК до 20% к должному. Метаболического ацидоза нет; II степень — средняя кровопотеря: общее состояние средней степени тяжести, пульс до 120 в минуту, АД не ниже 80 мм рт.ст., ЦВД ниже 5 см вод.ст., умеренная олигурия, гемоглобин от 100 до 80 г/л, дефицит ОЦК от 20 до 29%. Отмечают компенсированный метаболический ацидоз; III степень — тяжёлая кровопотеря: состояние тяжёлое, пульс больше 120 в минуту, АД ниже 80 мм рт.ст., ЦВД — 0, олигурия, гемоглобин меньше 80 г/л, дефицит ОЦК 30% и более. Регистрируют метаболический и дыхательный ацидоз.

В клиническом анализе крови будет снижение количества эритроцитов, уровня гемоглабина, повышение количества тромбоцитов, что свидетельствует о наличии кровотечения.

Лечение при синдроме Маллори-Вейсса.

а. Консервативная терапия при синдроме Маллори-Вейсса используются с целью восстановления объема циркулирующей крови. Для этого применяют различные кристаллоидные (NaCl 0,9%, глюкоза 5%, раствор Рингера и др.), коллоидные растворы (альбумин, аминоклазмаль и др.), в

случае тяжелой кровопотери возможно применение гемотрансфузии (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма)

При рвоте (или позывах на рвоту) применяют метоклопрамид (церукал).

Для снижения числа рецидивов и летальности пациентам с высоким риском рецидива кровотечения, которым был успешно проведён эндоскопический гемостаз, следует назначить (внутривенно болюсно, далее непрерывное внутривенное введение) ингибиторы протонной помпы [омепразол, лансопразол, пантопразол, гаптопразол, эзомепразол (нексиум*)] в максимальных дозах. Доказана обоснованность назначения стартовых препаратов в болюсной/инфузионной парентеральной форме с дальнейшим переходом на энтеральные препараты. Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы [омепразол 160 мг либо эзомепразол (нексиум*) в дозе 80 мг/30 мин] с последующей непрерывной инфузией [омепразол 8 мг/ч либо эзомепразол (нексиум*) 8 мг/ч] после эндоскопического гемостаза в течение 72 ч. С 3-х суток рекомендуется перевод на пероральные формы ингибиторов протонной помпы [омепразол 40-80 мг/сут либо эзомепразол (нексиум*) 40 мг/сут в течение 21 дня]. Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие Нр-инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре. Терапия первой линии: включает ингибитор протонной помпы (омепразол 20 мг х 2 раза в день), амоксициллин (1000 мг х 2 раза в день) и кларитромицин (500 мг х 2 раза в день) на протяжении 7 дней. Терапия второй линии: добавление препарата висмута позволяет наиболее эффективно ликвидировать *H. pylori*. Схема лечения: омепразол (20 мг х 2 раза в день), висмута трикалия дицитрат (Де-Нол*) (120 мг х 4 раза в день), тетрациклин (500 мг х 4 раза в день) и метронидазол (500 мг ж 3 раза в день) на

протяжении 10 дней. Основные задачи интенсивной терапии кровотечений в ЖКТ — восполнение потерь крови, жидкости и стабилизация гемодинамики. Восполнение ОЦК следует начинать с введения кристаллоидных растворов через 2-3 периферических катетера или центральный катетер с максимально быстрым подключением инфузии коллоидных средств.

С целью остановки кровотечения используют зонд Блэкмора. Этот зонд имеет 2 баллона. С помощью нижнего баллона зонд фиксируется в желудке в правильном положении, после чего раздувается второй баллон, находящийся в просвете пищевода. Гемостатический эффект достигается за счет механического сдавления кровоточащих сосудов пищевода. С целью остановки кровотечения возможно применение этамзилата натрия, хлористого кальция, аминокaproновой кислоты, октреатида.

б. При выполнении фиброэзофагогастродуоденоскопии и обнаружении продольного разрыва слизистой оболочки пищевода с кровотечением, можно попытаться остановить это кровотечение эндоскопически. При этом используется:

1. Обкалывание места кровотечения адреналином

Раствор адреналина гидрохлорида вводят в область кровотечения, а также вокруг источника кровотечения. Гемостатический эффект достигается за счет сосудосуживающего действия адреналина.

2. Аргонно-плазменная коагуляция

Данный метод является одним из наиболее эффективных и одновременно одним из наиболее технически трудным. Применение метода аргонно-плазменной коагуляции позволяет добиться стойкого гемостаза.

3. Электрокоагуляция

Также достаточно эффективный метод. Часто применение электрокоагуляции сочетают с введением адреналина.

4. Введение склерозантов

Данный метод заключается в том, что гемостатический эффект достигается за счет введение слеразирующих препаратов (полидоканол).

5. Лигирование сосудов

При синдроме Маллори-Вейсса часто используется эндоскопическое лигирование кровоточащих сосудов. Применение эндоскопического лигирования сосудов особенно оправдано при сочетании синдрома Мэллори-Вейсса и портальной гипертензии с варикозным расширением вен пищевода.

6. Клипирование сосудов

По своей сути этот метод схож с предыдущим. Разница лишь в том, что на кровоточащий сосуд накладывается не лигатура, а металлическая клипса. Наложение клипс возможно с помощью аппликатора. К сожалению, эндоскопическое клипирование сосудов не всегда возможно из-за технических трудностей наложения клипс на сосуды.

в. При синдроме Мэллори-Вейсса к хирургическому лечению прибегают в случае неэффективности консервативной терапии и эндоскопических методов лечения. При синдроме Мэллори-Вейсса выполняют операцию Бейе:

Доступ: срединная лапоротомия.

Операция: гастротомия, прошивание кровоточащих сосудов.

Прогноз при синдроме Маллори-Вейсса.

Прогноз для жизни при синдроме Маллори-Вейсса благоприятный. В большинстве случаев кровотечение удается остановить (кровотечение оставляется либо самостоятельно, либо в случае применения консервативной терапии, эндоскопических методов лечения, хирургического лечения).

ПРОФИЛАКТИКА

Основной мерой профилактики синдрома Маллори-Вейсса является предотвращение рвоты. Главной причиной возникновения рвоты,

приводящей к синдрому Маллори-Вейсса, является алкогольная интоксикация. Поэтому борьба с злоупотреблением алкоголя положительно влияет на снижение количества больных с этим синдромом. Кроме того необходимо своевременное и адекватное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта (и других заболеваний), сопровождающихся рвотой.

Особенности ведения больных в ближайшем послеоперационном периоде Особенности ведения больных в ближайшем послеоперационном периоде переменны и напрямую зависят от общей тяжести состояния больного, степени кровопотери, возраста и наличия сопутствующей патологии, а также от объёма оперативного вмешательства. Необходимость профилактики моторно-эвакуаторных расстройств и коррекции уровня секреции диктует необходимость применения блокаторов протонной помпы, прокинетики и антихеликобактерной терапии у пациентов, перенёвших прошивание кровоточащей язвы и органосберегающие операции с ваготомией. Все пациенты, нуждающиеся в постоянном приёме НПВС, должны быть стратифицированы в зависимости от риска возникновения геморрагических осложнений. При высоком риске развития кровотечений рекомендован перевод пациентов на селективные ингибиторы ЦОГ-2 в сочетании с постоянным приёмом ингибиторов протонной помпы или мизопростол. При развитии кровотечения приём НПВС должен быть прекращён (заменить препаратами других групп). Рекомендовано сочетание эндоскопического и медикаментозного (ингибиторы протонной помпы) гемостаза.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Возможности современных консервативных и оперативных методов диагностики и лечения позволяют эффективно останавливать любое язвенное кровотечение и добиваться надёжной профилактики его рецидива. После оценки ближайших результатов оперативного лечения пациент, находящийся на диспансерном наблюдении, должен через 2-3 мес быть передан врачу-

гастроэнтерологу. Прогноз рецидива заболевания зависит не только от успеха и своевременности проведённого оперативного вмешательства, но и от преемственности медицинской помощи на всех этапах спланированного курса консервативного лечения, включающего антисекреторную и эрадикационную терапию. Что касается других причин кровотечения в верхние отделы ЖКТ, прогноз при них зависит от течения основного заболевания. Рецидивы кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка при циррозе печени требуют трансплантации печени (ТП).

Список литературы:

- Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Маллори-Вейсса // Хирургия. 2013. № 10. С. 35-40.
- Полянцев А.А., Мозговой П.В., Линченко А.М. и др. Аневризма аорты и её висцеральных ветвей как причина желудочно-кишечных кровотечений // Хирургия. 2011.
- Соловьев А.С. Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори-Вейсса // Анналы хир. 2015. № 1. С. 29-33. 8.
- Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов М.В., Сагитов Р.Б. и др. Этиопатогенетические вопросы синдрома Маллори-Вейсса // Хирургия. 2014. № 10. С. 42-45.
- Щеголев А.А., Титков Б.Е. *Helicobacter pylori* и хирургия язвенной болезни. Мега Про, 2014. С. 135-136.