Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

**Реферат на тему:**

**СИНДРОМ МЕЛЛОРИ‒ВЕЙССА**

Выполнил: Талалуев В.Н  
 Проверила: [ДМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=2&c%5bdegrees%5d=1), [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2): Первова О.В.

Красноярск, 2023

1. **Актуальность**

Лечение острых гастродуоденальных кровотечений представляет одну из актуальных и сложных проблем хирургии. Синдром Меллори‒Вейсса, или разрывно-геморрагический синдром занимает первое место среди гастродуоденальных кровотечений неязвенного генеза и встречается в 23,0–37,0% случаев. Частота его за последние годы увеличилась в 2 – 2,5 раза. Многие авторы связывают это со злоупотреблением алкоголя и улучшением эндоскопической диагностики. Число возобновившихся кровотечений при СМВ достигает 42%, общая летальность ‒ 5 ‒ 12,0%, а послеоперационная летальность – 10 ‒ 17%.

Впервые это заболевание было описано Georg H. Quinke еще в 1879 г. Спустя пятьдесят лет Soma Weiss и G. Kenneth Mallory (1929, 1932) дали описание этого заболевания, основываясь на анамнезе и типичной клинике у 11 больных и результатах вскрытия трупов 4 пациентов, умерших от желудочно-кишечного кровотечения. Данные авторы выявили основополагающие морфологические признаки и клинику заболевания, что связано, главным образом, с разрывом слизистой оболочки в месте пищеводно–желудочного перехода ЖКТ. Заболевание получило название – синдром Меллори–Вейсса, или разрывно–геморрагический синдром. Этот синдром вышеуказанные авторы объясняли повторной, форсированной рвотой после приёма большого количества алкоголя и избыточной пищи.

1. **Этиопатогенез**

К этиопатологическим факторам СМВ относятся патологические состояния, приводящие к резкому подъёму внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, а именно: чрезмерная или постоянная физическая нагрузка – поднятие и ношение тяжестей, продолжительное плавание; чрезмерное постоянное переедание; роды, отрыжка, икота, регулярно возникающие запоры (резкое натуживание ‒ при акте дефекации), многократная рвота; тупая травма живота, тяжелый упорный сухой и влажный кашель, эпиприпадки, а также инфаркт миокарда, уремия; проведение неотложных реанимационных мероприятий; интенсивное промывание желудка и др.

Предрасполагающим фоном для развития разрывов при СМВ служат: острый и хронический гастрит, эрозивный эзофагит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальный рефлюкс; сахарный диабет, а у детей – высокая кишечная непроходимость с многократной рвотой и последующим перерастяжением пищеводно–желудочного перехода ЖКТ, либо преморбидный фон в виде острого респираторного вирусного заболевания с явлениями обструктивного бронхита, сопровождающегося упорным кашлем, а в ряде случаев – и рвотой. Описаны даже случаи возникновения СМВ во время и после проведения курса химиотерапии при различных заболеваниях, не связанных с патологией органов ЖКТ непосредственно.

Другими предрасполагающими факторами многие авторы считают недостаточность запирательного аппарата кардии; грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, которая встречается у больных с СМВ в 35 – 100% случаев. У лиц пожилого и старческого возраста возникновение линейных разрывов связано с атрофией слизистого и подслизистого слоя пищеводно–желудочного перехода ЖКТ, тканевой гипоксией и местным метаболическим кризисом, что обусловлено сопутствующей патологией ‒ декомпенсированной функцией сердечно– сосудистой и дыхательной системы.

Патогенез разрывно‒геморрагического синдрома по настоящее время остается до конца не изученным. B. Bellman et al. считают для возникновения разрывов слизистой оболочки на малой кривизне желудка обязательным наличием именно биофизических факторов ‒ основная точка приложения силы из-за резко повышающегося внутрижелудочного давления при различных патологических состояниях. По мнению этих же авторов линейной форме разрывов способствует вертикально направленное расположение желудочных складок в пищеводно–желудочном переходе ЖКТ. При изучении изменений подслизистого слоя данной области ЖКТ эти и многие другие авторы обнаружили снижение прочности коллагеновых волокон по мере увеличением возраста пациентов, что приводит в свою очередь к ограничению нормальной физиологической подвижности слизистой и подслизистой оболочек относительно друг друга, а затем и к разрывам малорастяжимой слизистой при резком подъеме внутрижелудочного давления при различных патологических состояниях организма (например, рвота). Именно топографо‒анатомические особенности строения нижней трети пищевода и верхней трети желудка играют ведущую роль при развитии разрывно‒геморрагического синдрома.

1. **Диагностика** **и лечение**

I.T. Hardy в 1956 году при проведении гастроскопии у пациента впервые диагностировал разрывно‒гемморагический синдром. Однако, в силу ряда причин эта методика получила широкое распространение лишь в середине 70‒х годов прошлого века, когда и появились первые сообщения об успешном проведении эндоскопического гемостаза в ходе выполнения ЭФГДС. По мере совершенствования и все более широкого внедрения внутрипросветной эндоскопии в широкую лечебную практику СМВ стал диагностироваться значительно чаще. Диагностика СМВ с помощью рентгенологического исследования не получила своего распространения из‒за своей малой информативности.

Согласно практическим рекомендациям, врач–эндоскопист при проведении диагностической эндоскопии должен обращать внимание на расположение разрывов (преимущественно вертикальное), наиболее частую их локализацию (правая и задняя стенки пищеводно–желудочного перехода), наиболее нестабильную и опасную в плане рецидива кровотечения правую стенку пищеводно–желудочного перехода (мощное кровоснабжение из бассейна a. gastrica sinistra).

Известно, что специфического лечения разрывно–геморрагического синдрома не существует, но основные принципы, которые используются для остановки ЖКК, достижения стойкого гемостаза остаются незыблемыми и вполне обоснованно применимыми в ходе лечения и реабилитации пациентов с СМВ.

Способы эндоскопического гемостаза, которые сегодня применяются в лечении СМВ, ничем не отличаются от способов эндоскопического гемостаза при язвенных и других неязвенных ЖКК.

Основными методами эндоскопического гемостаза являются: инъекционное введение лекарственных препаратов, физические, аппликационные и инсуффляционные методы, эндоскопическое клипирование кровоточащего сосуда, высокотехнологичные комбинированные методы.

Наиболее часто используется в клинической практике инъекционный метод эндоскопического гемостаза, заключающийся в обкалывании и инфильтративном сдавлении источника кровотечения медикаментозными средствами. Преимуществами этого способа является простота и доступность, недостатком ‒ кратковременность его действия.

К физическим методам относят: моно‒ и биполярную диатермокоагуляцию, аргоно‒плазменную коагуляцию (АПК), лазерную фотокоагуляцию, криокоагуляцию. Быстрый гемостатический эффект позволяет достичь применение электрокоагуляции. Однако, использование этого метода приводит к образованию обширных ожогов и в 8 ‒ 31,3% случаев вызывает появление рецидивных кровотечений на 3 – 5 сутки по причине отторжения коагуляционного некроза.

А.А. Бондаренко (2003) весьма успешно осуществлял гемостаз при лечении 41 пациента с продолжающимся профузным язвенным кровотечением, применяя устройство высокочастотной коагуляции через водный раствор электролита ‒ "жидкостную" диатермокоагуляцию. Примечательно, что надежный гемостаз был достигнут во всех случаях у пациентов в группе наблюдения, а в группе контроля при применении обычной монополярной коагуляции рецидив кровотечения отмечался в 25% случаев.

В отличие от монополярной коагуляции, при "жидкостной" диатермокоагуляции прилипания прокоагулированной ткани к электроду и последующего отрыва струпа после отведения инструмента от зоны коагуляции не происходит. При обычной диатермокоагуляции проведение более глубокой коагуляции и выполнение коагуляции сосуда на протяжении высоко опасны по причине развития повторного кровотечения на 3˗5 сутки из-за отторжения весьма большой зоны некроза слизистой оболочки и соответствующего обнажения сосудов главным образом подслизистого слоя и глубжележащих слоёв стенки желудка. Проведение коагуляции кровоточащего сосуда с использованием "жидкостного" коагулятора выполняется без отрыва прилипшего струпа к электроду, она является более щадящей и эффективной. Представляется перспективным использование метода "жидкостной" диатермокоагуляции и при разрывно–геморрагическом синдроме.

Одним из эффективных физических способов эндогемостаза является лазерная фотокоагуляция. Ее применяют в двух видах: контактной и безконтактной лазерной фотокоагуляции. Главным недостатком контактной лазерофотокоагуляции является невозможность контроля за распределением мощности лазерного излучения, что может привести к перфорации язвенного дефекта. При бесконтактной лазерофотокоагуляции используют лазеры высокой мощности (до 50 Вт) и длительной (до 10 сек.) экспозиции излучения. Однако, применение высокой мощности лазерного излучения часто приводит к повреждению световода.

Распространенным и эффективным способом считают аргоно‒плазменную коагуляцию (АПК). При АПК эффект достигается без непосредственного прямого контакта с тканью. Важно отметить, что пламя самой аргоновой плазмы хорошо дозируется. Эффективность метода АПК составляет 96‒100%. К недостаткам метода относят высокую стоимость медицинского оборудования.

Эндоскопические клеевые аппликации (лифузоль, статизоль, гастрозоль, медицинские клеи МК – 6, МК – 8 и другие лекарственные средства), выполняемые с помощью шприца или баллончика также имеют место быть при остановке кровотечения из органов ЖКТ. Так, профессор Ю.А. Но, при этом, следует отметить, что клеевые композиции не имеют сорбционных свойств, а, наоборот, проявляют водоотталкивающее действие. У плёнкообразующих полимеров отсутствуют местные гемостатические свойства и, кроме того, дефекты после их лечения заживают с образованием грубых рубцов.

Проблема остановки кровотечения при СМВ является высоко актуальной и до конца не решённой и в XXI веке. Для исхода заболевания важнейшими остаются следующие факторы: первый – максимально надёжный и быстрый способ остановки кровотечения и второй – быстрое заживление дефекта.

Одной из перспективных методик является применение порошкообразных гранулированных сорбентов для эндоскопического лечения СМВ. Гидрофильные гранулированные сорбенты обладают высокими гемостатическими свойствами, достаточно хорошей абсорбционной и адсорбционной активностями, способностью образовывать на дефектах слизистой ЖКТ высоко эластичный гидрогелевый слой с выраженной адгезивностью, под которым весьма активно проходят репаративные процессы как под «гипсовой повязкой». Но при этом сама методика применения гранулированных сорбентов не лишена недостатков. Основными из них является невысокая гемостатическая активность, и, как следствие, нередки рецидивы кровотечения при необоснованном и неоправданном использовании гранулированных сорбентов в качестве монотерапии.

В поисках "золотого" стандарта лечения СМВ, новых способов лечения, медикаментозных средств и их новых комбинаций наше внимание привлекли местные гемостатические средства, в частности, желпластан. Желпластан является порошкообразным гемостатиком, содержащим различные факторы свертывания крови в плазме крупного рогатого скота, обладает способностью ускорять процессы репаративной регенерации и изначально наделен антибактериальными свойствами.

Все это дает основание предполагать, что включение местного гемостатического средства в комбинации с гранулированным сорбентом для эндоскопического лечения СМВ может обеспечить надежный гемостаз и улучшить результаты лечения этой категории больных.

1. **Выводы**

Эндоскопические методы позволяют добиться устойчивого гемостаза при СМВ, а в случае развития рецидивов хорошие результаты дает применение комбинированных эндоскопических методик.

Внедрение эндоскопических технологий способствует снижению оперативной активности и общей летальности при СМВ.

Эндоскопические методы помогают произвести оценку степени разрыва СМВ и темпа кровотечения и, в случае глубоких разрывов, помогают добиться временного контролируемого гемостаза с целью адекватного проведения предоперационной подготовки.

Значение консервативного лечения при СМВ трудно преувеличить. В лечении больных с разрывно‒геморрагическим синдромом целесообразно максимально использовать возможности малоинвазивных способов достижения гемостаза. Значительное число рецидивов кровотечения и проводимые операции на высоте кровотечения у больных с СМВ продолжают вызывать опасения у большинства хирургов.

1. **Список литературы**
2. Новые данные по этиологии, патогенезу, клинике и лечению пациентов с синдромом Мэллори – Вейсса / М.С. Сагова, Н.А. Малюков, Н.В. Гулова, Ю.В. Малеев [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Молодежный инновационный вестник. ‒ 2018. ‒ Т. 7, №S1. ‒ С. 41 ‒ 42.
3. Баранников, С.В. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы и гранулированного сорбента в комплексном эндоскопическом лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений: дис. канд. мед. наук / С.В Баранников. ‒ Рязань, 2018. ‒ 103 с.
4. Современные взгляды на диагностику, лечение и профилактику разрывно– геморрагического синдрома (синдрома Меллори–Вейсса) / Е.Ф. Чередников [и др.]. // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – Т. 23, № 4. – С. 161 – 172.
5. Овчинников, И.Ф. Оптимизация эндоскопической и медикаментозной терапии у больных с желудочно‒кишечными кровотечениями: дис. ... канд. мед. наук / И.Ф. Овчинников; Рязан. гос. мед. ун‒т им. И.П. Павлова. ‒ Воронеж, 2017. ‒ 110 с.
6. Современные взгляды на этиологию и патогенез разрывно–геморрагического синдрома (синдрома Меллори–Вейсса) / Е.Ф. Чередников [и др.]. // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2016. – Т. 5. № 1 (17). – С. 86 – 98.
7. Щеголев А.А. Первый опыт применения Endoclot в лечении кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта / А.А. Щеголев, О.С. Матушкова, 89 А.Н. Вербовский [и др.]. // Сб. материалов VII Всерос. науч. – практ. конф. «Актуальные вопросы эндоскопии». ‒ Санкт-Петербург, 2016. ‒ С. 143 – 144.