



Комплексное лечение больных с синдромом Маллори-Вейсса

Р. Мухаммадзода, Т.Г. Гульмурадов

Кафедра сердечно-сосудистой и реконструктивной хирургии ТИППМК

В данном сообщении приводятся результаты комплексного обследования и лечения 141 больного с синдромом Маллори-Вейсса (СМВ).

Для объективности исследования больные с СМВ были распределены в две группы: контрольную – 68 пациентов (49 мужчин; 19 женщин), которые получали лечение по общепринятым методам и основную – 73 больных (59 и 14), которым проведено комплексное лечение с применением программного эндоскопического гемостаза в сочетании с препаратом «Октреотид». Возраст больных колебался от 19 до 78 лет.

Сравнительная оценка результатов лечения больных с СМВ показывает, что программный эндоскопический гемостаз даёт лучшие клинические результаты, снижая рецидив кровотечения с 30,1 до 12,3%, а летальность – с 44,0% до 13,3%.

Методом выбора оперативного лечения при СМВ является гастротомия и ушивание дефекта слизистой пищевода и кардиального отдела желудка 8-образными швами.

Ключевые слова: синдром Маллори-Вейсса, программный эндоскопический гемостаз, гастротомия

Актуальность. На сегодняшний день проблема острого желудочно-кишечного кровотечения при синдроме Маллори-Вейсса (СМВ) является одной из актуальных в неотложной абдоминальной хирургии, так как наблюдается рост количества больных с этим заболеванием, что обуславливает необходимость детального изучения этой проблемы [1,2]. При этом частота встречаемости СМВ остаётся достаточно высокой – 13,7% среди всех больных с желудочно-кишечными кровотечениями [3,4].

В последние годы около 90% больных с СМВ лечатся консервативными методами, с летальностью 3%, в то время как операционная летальность держится на уровне 15%, объясняется это тяжестью состояния больных, у которых консервативное лечение оказалось неэффективным [5,6].

Консервативное лечение направлено на остановку кровотечения и возмещение кровопотери и заключается в парентеральном введении гемостатических препаратов, H₂-блокаторов, ингибиторов водородной помпы, назначении инфузионно-трансфузионной терапии, антацидов, орошении желудка содовым раствором и норадреналином. Многие исследователи отмечают, что общепринятые гемостатические препараты недостаточно активизируют местный гемостаз в пищеводе и желудке для остановки кровотечения [7,8].

Ряд авторов утверждают, что при СМВ, как правило, требуется сочетание медикаментозного и инструментального гемостаза: лазерная фотокоагуляция, диатермокоагуляция, реже ангиографическое лечение [9,10].

Большинство авторов, показаниями для хирургического лечения СМВ, считают обнаружение при эндоскопическом исследовании массивного кровотечения из разрывов пищеводно-кардиальной зоны и отсутствие эффекта от интенсивной гемостатической терапии в течение 12-24 часов [11,12].

Анализ литературы свидетельствует о том, что по сей день остаются невыясненными некоторые аспекты этиопатогенеза СМВ, нет единой тактики лечения больных с этим заболеванием. Всё вышперечисленное явилось основанием для проведения нами настоящего исследования.

Цель исследования: анализ результатов эффективности комплексного лечения больных с синдромом Маллори-Вейсса путём применения программного эндоскопического гемостаза в сочетании с препаратом «Октреотид».

Материал и методы. Объектом исследования явились результаты комплексного обследования и лечения 141 больного с синдромом Маллори-Вейсса, находившихся с 1996 по 2012 гг. в хирургических

отделениях Городской клинической больницы №5 и ГКБ скорой помощи г. Душанбе.

Для объективности исследования больные с СМВ были распределены в две группы: контрольную – 68 пациентов (49 мужчин; 19 женщин), которые получали лечение по общепринятым методам (ретроспективный анализ) и основную (проспективное исследование) – 73 больных (59 и 14), которым проведено комплексное лечение с применением программного эндоскопического гемостаза (склеротерапия, орошение дефекта слизистой препаратом «Лифузоль» и клеевая аппликация). Возраст больных колебался от 19 до 78 лет.

Больным с СМВ основной и контрольной групп (n=141) консервативную терапию начинали с постановки назогастрального зонда и промывания желудка ледяной водой.

Инфузионно-трансфузионную терапию при СМВ начинали с переливания солевого раствора со скоростью 5-10 мл/мин., при тяжёлой кровопотере – в объёме 1-2 литра со скоростью 100 мл/мин. до стабилизации гемодинамики. При продолжающемся кровотечении и нестабильности гемодинамики показано переливание коллоидных растворов свежзамороженной плазмы и эритроцитарной массы.

Всем больным основной группы, до и после эндоскопического гемостаза был назначен препарат «Октреотид» (Сандостатин «NOVARTIS»), который вызывает сужение артерий брюшной полости, уменьшает возврат крови в портальную систему и снижает давление в воротной вене на 15-30%, что в свою очередь, способствует остановке кровотечения. При этом указанный эффект позволяет применять этот препарат для остановки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Всем пациентам в схему комплексной терапии включили октреотид по 100 мкг подкожно 3 раза в день.

Результаты и их обсуждение. Нами у 47 больных основной группы изучены результаты эрадикационной терапии, включающей ингибитор протонной помпы, омепразол, амоксициллин и кларитромицин. Результаты применения этой схемы представлены в таблице 1.

Эффективность достигнутой эрадикации через 7 дней составила 87,2%, через 14 дней – 93,6%. Таким образом, эффективность предложенной схемы антихеликобактерной терапии, зависела от её длительности. Оптимальная продолжительность эрадикационной терапии составила 14 дней.

Оперативные методы остановки кровотечения применялись нами после безуспешной консервативной терапии и эндоскопических методов остановки кровотечения, а так же при возникновении рецидивов кровотечения.

Среди 73 пациентов основной группы комплексное лечение оказалось неэффективным у 5 (6,9%), у 4 (5,4%) – наступил рецидив кровотечения, в связи с чем им было проведено хирургическое лечение. В контрольной группе больных комплексное лечение было неэффективным у 10 (14,5%), а у 11 (16,2%) – наступил рецидив кровотечения, в связи с чем им потребовалось оперативное лечение.

В целом, в основной и контрольной группах прооперированы, соответственно, 9 (12,3%) и 21 (30,1%) пациентов (табл. 2). Среди оперированных больных преобладали лица мужского пола.

ТАБЛИЦА 1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СМВ

Режимы	Эрадикационная терапия (n=47)	
Дозировка	Омепразол по 40 мг x 2 р. Амоксициллин по 1000 мг x 2 р. Кларитромицин по 500 мг x 2 р.	
Длительность	7 дней	14 дней
Эффективность эрадикации	41 (87,2%)	44 (93,6%)

ТАБЛИЦА 2. ЧИСЛЕННОСТЬ ПРООПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С СМВ

Больные	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины	8	10,9	19	27,9
Женщины	1	1,3	2	2,9
Всего	9	12,3	21	30,1



ТАБЛИЦА 3. ХАРАКТЕР ПРОВЕДЁННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С СМВ

Вид оперативных вмешательств	Основная группа (n=9)	Контрольная группа (n=21)
Гастротомия, ушивание разрыва желудка	6	16
Гастротомия+ ушивание разрыва желудка+стволовая ваготомия	3	5

По поводу рецидива кровотечения оперированы 15 пациентов. Рецидив кровотечения из зон разрыва наступил на 3-5 сутки у 4 (5,4%) больных основной группы и у 11 (16,1%) – контрольной, который сопровождался тяжёлой кровопотерей у большинства пациентов. При гастротомии у этих больных были установлены множественные дефекты слизистой оболочки (в среднем, размером 1,0x0,3см), на дне которых обнаружены кровоточащие сосуды.

Следует отметить, что у всех оперированных больных с СМВ наблюдалась тяжёлая кровопотеря из множественных разрывов слизистой оболочки. Все пациенты (n=30) основной и контрольной групп оперированы на высоте кровотечения, на фоне проводимой интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии. Характер выполненных оперативных вмешательств представлен в таблице 3.

У 22 больных была выполнена передняя гастротомия на 4-5 см ниже кардиального жома и ушивание продольных глубоких трещин слизистой оболочки кардии 8-образными швами из нерассасывающегося материала с захватом мышечного слоя стенки желудка. У 8 больных с сопутствующей язвенной болезнью 12-перстной кишки ушивание продольных трещин кардии желудка сочетали со стволовой ваготомией. Лишь у трёх больных с выраженным отёком и инфильтрацией кардии, для предотвращения рецидива кровотечения, ушивание трещин сочетали перевязкой левой желудочковой артерии.

Показанием к экстренному оперативному вмешательству явилось отсутствие эффекта от проведённых консервативных процедур и нарастание клинической картины острой кровопотери. Среди 30 оперированных пациентов обеих групп послеоперационный рецидив кровотечения возник у 2 (6,7%) больных контрольной группы, которым удалось консервативным лечением остановить кровотечение.

Следует отметить, что 9 (12,3%) пациентам основной группы во время оперативного вмешательства после ушивания дефекта слизистой кардии желудка для профилактики возникновения кровотечения, изнутри произведя расчёт размера ушитой раны слизистой, произведена дополнительная герметизация линий швов тонкой пластиной «Тахокомб» фирмы «NYCOMED», Австрия (адсорбирующее гемостатиче-

ское средство для склеивания тканей и гемостаза, эффективная комбинация коллагеновой пластины и компонентов фибринового клея).

Послеоперационная интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия проводилась с учётом тяжести кровопотери. При лёгкой степени кровопотери (дефицит ОЦК до 15%) вводили только кристаллоиды (физ. раствор, раствор Рингера). При кровопотере средней тяжести (15-30% ОЦК) вводили растворы кристаллоидов и коллоидов в соотношении 3:1. При тяжёлой кровопотере (более 30% ОЦК), для восстановления кислородно-транспортной функции крови наряду с растворами кристаллоидов и коллоидов, вводили компоненты крови – свежезамороженную плазму и эритроцитарную массу (отмытые эритроциты) в соотношении 3:1, соотношение растворов кристаллоидов и коллоидов составило 2:1. Применение свежезамороженной плазмы предшествовало переливанию эритроцитарной массы, благодаря чему быстро и качественно пополнялись плазменные факторы гемостаза.

Осложнения ближайшего послеоперационного периода обеих исследуемых групп представлены в таблице 4. В основной группе среди 9 оперированных больных у 4 – развились неспецифические осложнения с 1 (11,1%) летальным исходом. Следует отметить, летальность среди 21 оперированного больного с СМВ контрольной группы составила 14,2%.

ТАБЛИЦА 4. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СМВ

Осложнения	Основная группа (n=9)	Контрольная группа (n=21)
Нагноение ран	1	3
Подпечёночный абсцесс	–	2
Кровотечение		5
Бронхопневмония	2	5
Острая сердечно-сосудистая и полиорганная недостаточность	1 (1)	3 (3)

Примечание: в скобках указано количество умерших пациентов

ТАБЛИЦА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СМВ

Методы лечения	Основная группа (n=73)			Контрольная группа (n=68)		
	Хороший	Удовлетв.	Неудовлетв.	Хороший	Удовлетв.	Неудовлетв.
Эндоскопический гемостаз+медикамент. терапия	42	13	-	-	-	-
Медикамент. терапия	-	-	9	15	17	15
Хирургическое лечение	5	2	2 (1)	5	8	8 (3)

ТАБЛИЦА 6. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Локализация дефекта	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=37)	
	Одиночный нежный рубец	Множественные грубые рубцы	Одиночный нежный рубец	Множественные грубые рубцы
Пищеводно-кардиальный переход	3	1	2	3
Абдоминальный отдел пищевода	7	2	4	7
Кардиальный отдел желудка	25	3	9	12
Всего	35	6	15	22

Результаты применения комплексных методов лечения больных с СМВ основной и контрольной групп показаны в таблице 5.

Эндоскопический гемостаз и медикаментозная терапия дали хорошие и удовлетворительные результаты у 42 и 13 больных основной группы (76,4 и 23,6%, соответственно). После хирургического лечения больных основной группы (n=9), у 5 наблюдался хороший, у 2 – удовлетворительный и 2 – неудовлетворительный результаты. В то время как, в контрольной группе среди оперированных пациентов (n=21) хороший результат получен у 5, удовлетворительный – у 8. При этом у 8 оперированных больных наблюдался неудовлетворительный результат, с тремя летальными исходами. Хороший и удовлетворительный результаты в этой группе наблюдались при медикаментозной терапии 15 и 17 больных, соответственно.

Результаты контрольного эндоскопического исследования 78 больных основной и контрольной групп через 1 месяц после лечения приведены в таблице 6.

Контрольное эндоскопическое исследование (через 1 месяц) показало, что в основной группе количество больных с грубыми рубцами после перенесённого СМВ меньше, и они выявлены у 6 (14,6%) пациентов, что касается контрольной группы, то грубые рубцы обнаружены у 22 (59,5%) больных.

Представленные данные свидетельствуют об эффективности проведённого программного эндоскопического гемостаза в сочетании с рациональной медикаментозной терапией с применением октреотида и ингибиторов протонной помпы. Оперативное вмешательство применено после безуспешной консервативной терапии и эндоскопических методов остановки кровотечения. В основной группе оперативному вмешательству подвергнуты 9 (12,3%) больных, в контрольной – 21 (30,1%). Выжившие пациенты обеих групп (n=26) были обследованы клиническими методами.

Хирургическое лечение СМВ обладает рядом недостатков из-за высокого операционного риска во время острой и массивной кровопотери, направлено на остановку только кровотечения и не снижает вероятность рецидива [13-15].

Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения больных с СМВ показывает, что программный эндоскопический гемостаз в сочетании с применением октреотида даёт лучшие клинические результаты, снижая рецидив кровотечения с 30,1% до 12,3%, а летальность – с 44,0% до 13,3%.

Оперативные методы остановки кровотечения применялись после безуспешной консервативной терапии и эндоскопических методов остановки кровотечения, а так же при возникновении рецидивов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм программного эндоскопического инъекционного гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений /А.В.Быков, Е.О.Захарова// Вестник Волгоградского госмедуниверситета. - 2012. - №2(42). -С.89-42.
2. Баткоев А.Р. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрипросветной эндоскопии: автореф. дис. д-ра мед. наук /А.Р.Баткоев. - Воронеж. -2010. -С.32.
3. Борисов Д.Н. Эндоскопическая диагностика и лечение больных с синдромом Маллори-Вейсса, осложнённым кровотечением: дис. канд. мед. наук /Д.Н.Борисов. -2001. -124 с.
4. Захарова Е.О. Программный эндоскопический гемостаз как метод выбора при язвенных гастродуоденальных кровотечениях: автореф. дис. канд. мед. наук /Е.О.Захарова. Волгоград.-2012.-С.26.
5. Оганесян Е. Эндоскопическая диагностика и лечение синдрома Маллори-Вейсса: автореф. дис. канд. мед. наук /Е.Оганесян. М., - 2002. -24 с.
6. Мумладзе Р.Б. Применение эндоскопического радиоволнового воздействия на источник кровотечения при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори-Вейсса / Р.Б.Мумладзе// Анналы хирургии. - М. - 2007. - №5. - С.29-33.
7. Орзиев З.М. Эффективность эрадикационной антигеликобактерной терапии у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при различном режиме приёма препаратов /З.М.Орзиев, Ф.Э.Нурбаев// Клиническая медицина. -2003. -№6. -С.48-49.
8. Панцырев Ю.М. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных Маллори-Вейсса /Ю.М. Панцырев, Е.Д. Фёдоров// Хирургия. -2003.-№10. -С.35-40.
9. Соловьёв А.С. Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори-Вейсса /А.С.Соловьёв// Анналы хирургии.-2007.-№1.-С.29-34.
10. Уханов А.П. Эффективность применения эндоскопических технологий при синдроме Маллори-Вейсса /А.П.Уханов// Эндоскопическая хирургия. -2012. - Т.18. - №34. -С.8-12.
11. Endoscopic hemoclip placement and epinephrine injection for Mallory-Weiss syndrome with active bleeding / S.P. Huang [et al.]// Gastrointest. Endosc. -2009. - Vol. 55. -№7. - P. 842-46.
12. Evaluation of endoscopic hemostasis in upper gastrointestinal bleeding related to Mallory-Weiss syndrome / I.K. Chung, E.J. Kim, K.Y. Hwang // Endoscopy. 2009. - Vol. 34. -№ 6. - P. 474-479.
13. Tanabe S. Mallory-Weiss syndrome / S. Tanabe, K. Saigenji// Nippon Rinsho. 2008. - Vol. 56, № 9. - P. 332-335.



Summary

Complex treatment of patients with Mallory-Weiss syndrome

R. Muhammadzoda, T.G. Gulmuradov

Chair of Cardiovascular and Reconstructive Surgery of TIPDTMW

The results of a comprehensive examination and treatment of 141 patients with the syndrome Mallory-Weiss (MWSS) are given in article.

For objectivity study patients with MWSS were divided into two groups: control group - 68 patients (49 men, 19 women) who were treated by conventional methods and basic group - 73 patients (59 and 14), which carried out a comprehensive treatment using programmedendoscopic hemostasis in combination with a preparation «Octreotide». Age of patients ranged from 19 to 78 years.

Comparative evaluation of the treatment results of patients with MWSS shows that endoscopic hemostasis software provides better clinical outcomes, reducing rebleeding from 30,1 to 12,3%, and the mortality rate - from 44,0% to 13,3%.

Method of choice for surgical treatment at the MWSS is gastrotomy and suturing the defect of the esophageal mucosa and gastric cardiaby 8-shaped stitches.

Key words: Mallory-Weiss syndrome, programmedendoscopic hemostasis, gastrotomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гульмурадов Ташпулат Гульмурадович – заведующий кафедрой сердечно-сосудистой и реконструктивной хирургии ТИППМК;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.И.Сомони, 59а
E-mail: gulmurod777@mail.ru