

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА



Якубов Фарход Раджабович¹, Сапаев Дусчан Шухратович¹, Эрниязов Эрнияз Азимович²

1 – Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч;

2 – Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ургенч

МЕЛЛОРИ-ВЕЙСС СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШДА КАМ ИНВАЗИВ УСУЛЛАРИНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Якубов Фарход Раджабович¹, Сапаев Дусчан Шухратович¹, Эрниязов Эрнияз Азимович²

1 – Тошкент тиббиёт академияси Ургенч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Ургенч ш.;

2 – Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиали, Ўзбекистон Республикаси, Ургенч ш.

RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE METHODS OF TREATMENT OF MALLORY-WEISS SYNDROME

Yakubov Farkhod Radjabovich¹, Sapaev Duschan Shukhratovich¹, Erniyazov Erniyaz Azimovich²

1 – Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench;

2 – The Khorezm branch of the Republican research center of emergency medical care, Republic of Uzbekistan, Urgench

e-mail: duschanboy.sapaev@mail.ru

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади. Гемостазнинг эндоскопик усулларини, хусусан Меллори – Вейсса синдромида электрокоагуляцияни қўллаш самарадорлигини ўрганиш. Тадқиқотнинг материали и усуллари. 71 нафар беморни икки гуруҳга ажратган ҳолда электрокоагуляция ва ва 0,01% адреналин инъекцияси билан даволаш таҳлил қилинди. 2015 йилдан 2020 йилгача бўлган даврдаги даволанган беморлар тадқиқотга киритилди. Эндоскопик усуллари қўллаш билан таширих фаоллиги ва умумий леталликнинг сезиларли даражада пасайиши аниқланди ва Меллори – Вейсс синдромида гемостазнинг электрокоагуляция усулини қўллаш устиворлиги белгиланди. Натижа. Қизилўнгачнинг абдоминал қисмидаги йиртилиши ва қон кетиши барча беморлар орасида энг кўп қон кетиши билан тавсифланади, шунингдек қизилўнгачнинг бу қисмида оғир қон кетиши бошқа қисмларга таққослаганда камроқ кузатилади ва енгил даражадаги қон йўқотиши устунлик қилади. Хулоса. Гемостазнинг эндоскопик усулларидан фойдаланиш таширихлар сонини камайитиришига ва Меллори – Вейсс синдромида дифференциал ташихисни яхшилашига имкон беради.

Калит сўзлар: Меллори-Вейсс синдроми, қон кетиши, гемостазнинг эндоскопик усуллари, электрокоагуляция, алкогольдан мастлик.

Abstract. Purpose. To study the effectiveness of endoscopic hemostasis methods, in particular electrocoagulation in Mallory-Weiss syndrome. **Material and methods.** The analysis of the treatment of 71 patients who were divided into two groups, with the use of electrocoagulation, and with an injection of 0.01% adrenaline. **In the time period from 2015 to 2020. Results.** Ruptures and bleeding in the abdominal part of the esophagus is characterized by the fact that there is the largest amount of bleeding among all patients, as well as in this part of the esophagus, severe bleeding is observed less often than in other departments, and a slight degree of blood loss is preferred. **Conclusion.** The use of endoscopic methods of hemostasis contributed to a decrease in surgical intervention, and improved differential diagnosis in Mallory-Weiss syndrome.

Keywords: Mallory-Weiss syndrome; bleeding; endoscopic methods of hemostasis; electrocoagulation, alcohol intoxication.

Введение. Частота возникновения синдрома Меллори-Вейсса (СМВ) в последние десятилетия увеличилась почти в 2-2.5 раза, что обусловлено не только совершенствованием методов эндоско-

пической диагностики, но и ростом употребления населением алкоголя [1, 2]. Число рецидивов кровотечения при СМВ достигает 6-42%, послеоперационная летальность – 10-17%, а общая летальность составляет – 11.8-4.8% [1, 3, 4]. Если наблюдается рецидив, то применение комбинированного метода эндоскопического гемостаза дало хороший результат [5]. СМВ занимает первое место среди неязвенных гастродуоденальных кровотечений и остаются одной из нерешенных проблем неотложной хирургии, учитывая их частоту, высокую смертность и недостаточную эффективность существующих методов лечения [6]

СМВ – это острая хирургическая патология, обусловленная разрывом или продольной трещиной стенки пищевода и желудка. Заболевание преимущественно встречается у представителей сильного пола в возрасте 45-60 лет, употребляющих чрезмерное количество алкоголя [3]. И в основе патологии у мужчин лежит неукротимая рвота, которая приводит к разрыву патологически изменённой слизистой оболочки проксимальных отделов желудка. А к изменениям в слизистой оболочке желудка приводят такие заболевания как гастриты, холециститы, опухоли. [7, 8, 9].

Впервые это заболевание было описано Georg H. Quinke в 1879 году [10]. Сами G. K. Mallory и S. Weiss придавали решающее значение в этиологии СМВ предшествующей алкогольной интоксикации [11, 12], в настоящее время злоупотребление алкоголем в этой группе пациентов отмечается в 50-82.5% наблюдений [1, 3, 10, 13]. Основное влияние алкоголя на возникновение разрывов пищеводно-желудочного перехода заключается в том, что он выступает в качестве фактора, вызывающего рвоту [10, 14]. Этиловый спирт воздействует на слизистую пищевода и желудка путем увеличения ретроdiffузии ионов водорода (H⁺), снижая ее защитные свойства [2]. Кроме того, алкогольная интоксикация нарушает двигательную активность пищевода и нормальное давление в области сфинктера [1, 4, 15].

Цель исследования. Изучить эффективность применения эндоскопических методов гемостаза в частности электрокоагуляции при СМВ.

Материалы и методы. В исследование включены 71 пациент, которые были госпитализированы в Хорезмский филиал РНЦЭМП по поводу СМВ, в период времени от 2015 до 2020 годов. Все пациенты были доставлены службой экстренной медицинской помощи. В ходе исследования пациенты были разделены на две группы: 1) основная группа, у пациентов этой группы для лечения, использовалось эндоскопический метод электрокоагуляции, в основную группу входило 43 (60%) пациентов; 2) контрольная группа, у пациентов этой группы использовалось эндоскопи-

ческая инъекция раствором 0,01% адреналина, в контрольную группу входило 28 (40%) пациентов.

В исследовании использовались 2 метода эндоскопического гемостаза: 1) термический; 2) инъекционный.

Летальные случаи не были добавлены в исследование.

Информированное согласие было подписано всеми пациентами или их родственниками, до проведения эндоскопических процедур.

При статистической обработке данных использовался пакет программ Microsoft 2017 года в частности Excel.

Данные результаты считаются статистически значимым при значениях $p < 0,05$. Средние значения определяются как среднее значение Med (IQR), $M \pm SD$. Из всех пациентов 68 (95%) были представителями мужского пола, и только 3 (5%) принадлежали к женскому полу. Средний возраст мужчин был равен 55-56 года, а у представителей женского пола он был равен 67-68 года. При распределении пациентов по месту жительства выяснилось, что 74% проживают в сельской местности, и только 26% в городах (рис. 1).

При распределении пациентов по типу деятельности выяснилось, что 52 (73%) из них были лицами физического труда, 15 (21%) пациентов были лицами со смешанных форм труда, и остальные 4 (6%) были лицами исключительно умственного труда (рис. 2).

Из пациентов только 3 (4%) в экстренном порядке, были оперированы традиционными методами, из-за безуспешности консервативного лечения, с признаками нестабильной гемодинамики и с тяжелых кровотечений. Эндоскопические мероприятия были выполнены до истечения 3 часов после госпитализации. Все пациенты были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, для подготовки верхних отделов пищеварительного тракта к эндоскопическим манипуляциям. В отделении интенсивной терапии производилось седация и нивелирования последствий алкогольного опьянения. Все манипуляции проводили под анестезией, под наблюдением реаниматолога.

При первичном эндоскопическом исследовании кровоизлияние получилось обнаружить у 56 (78%). И практически у всех этих пациентов было стадия сильного алкогольного опьянения. Эндоскопические манипуляции продолжались от 15 до 35 минут.

При исследовании наличия благоприятных фонов для развития синдрома Меллори-Вейсса приводящие к варикозным расширениям вен пищевода и желудка, было выяснено, что мужчины лидируют практически по всем аспектам, и более склонны к развитию СМВ (табл. 1).



Рис. 1. Средний возраст пациентов и место проживания

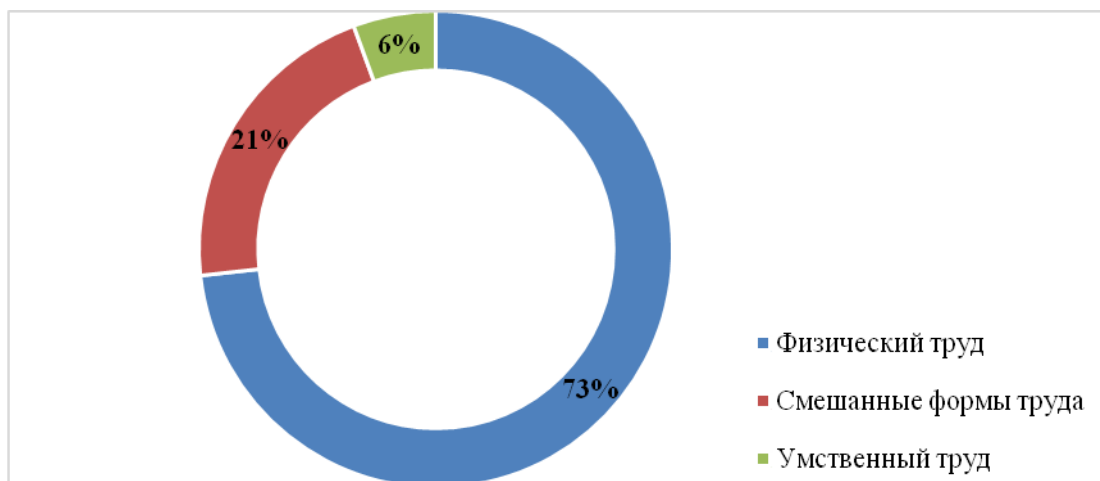


Рис. 2. Виды деятельности пациентов

Таблица 1. Наличие благоприятного фона для развития СМВ среди пациентов

Благоприятные фоны для развития СМВ	Общее %	Мужской пол %	Женский пол %
Сахарный диабет	45	45,6	33,3
Острый и хронический гастрит	59	58	66,6
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	31	32,3	0
Острый панкреатит	24	23,5	33,3
Эрозивный эзофагит	59	60,7	33,3
ГЕРБ	25,3	26,4	0
Цирроз	35,2	33,8	66,6

Практически все пациенты были доставлены службой экстренной помощи в состоянии алкогольного опьянения. И только 11 пациентов были доставлены в трезвом состоянии, по причине вялости, кровохарканья (рис. 3).

При определении наличия вредных привычек среди всех пациентов установлено, что 66 (92%) пациентов употребляют алкогольные напитки в разных объемах и с разными промежутками времени, и только 4 (8%) из всех пациентов не употребляют алкогольные напитки. Все представители женского пола употребляют спиртные напитки регулярно в среднем количестве, а среди представителей мужского

пола этот показатель был выше и разнообразнее среди критерий: регулярно в малых количествах 4% - этот показатель говорит о том, что употребление алкоголя в малых количествах даже регулярно не является фактором высокого риска развития СМВ; регулярно в средних количествах 26%; регулярно в больших количествах 58% самая большая доля больных приходится на последние две группы, что обозначает употребление алкогольных напитков регулярно во всех количествах, особенно в большом количестве приводит к развитию синдрома Меллори-Вейсса (табл 2).

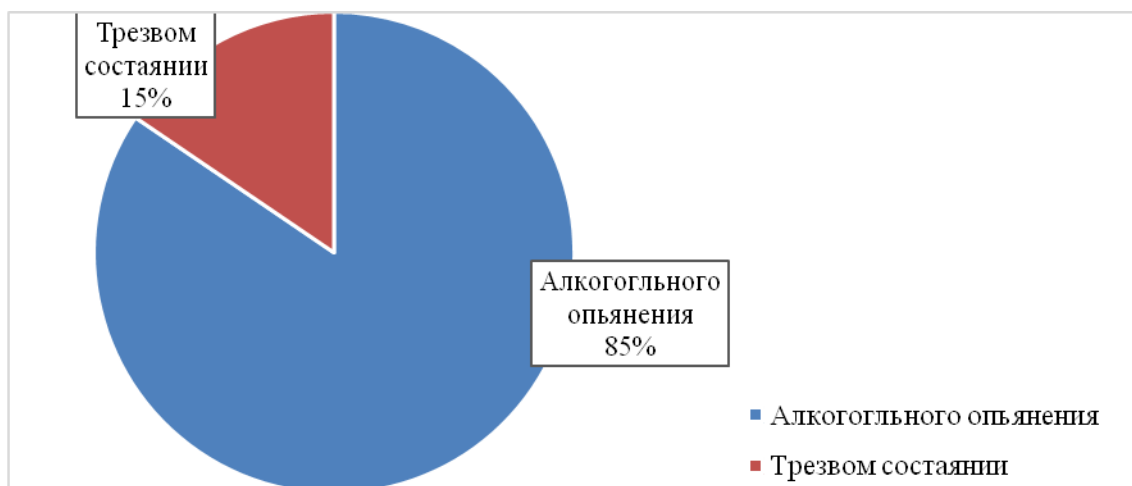


Рис. 3. Количество пациентов

Таблица 2. Частота и количество употребления алкогольных изделий среди пациентов

Частота и количество употребления алкогольных изделий	Женщины %	Мужчины %
Регулярно в малом количестве	0	4
Регулярно в среднем количестве	100	26
Регулярно в большом количестве	0	58
Периодами в малом количестве	0	0
Периодами в среднем количестве	0	0
Периодами в большом количестве	0	4
Не употребляющие алкогольные изделия	0	8

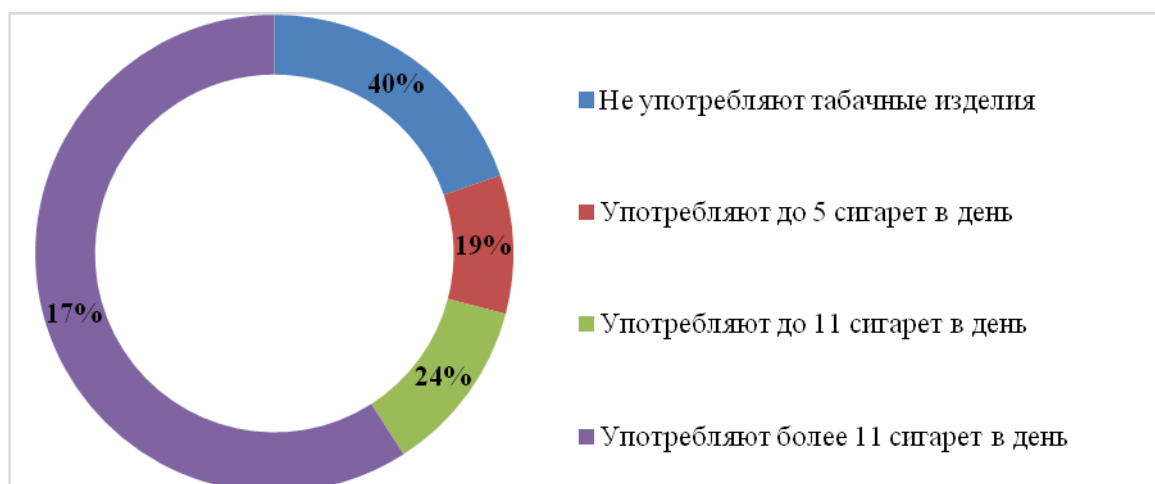


Рис. 4. Распределение мужчин по степени курения табачных изделий %

При определении курение табачных изделий имел немного другой результат. Все представители женского пола не употребляли табачные изделия. У мужчин, 27 (40%) мужчин не употребляют табачные изделия, 13 (19%) из них употребляют до 5 сигарет в день, 16 (24%) употребляют до 11 сигарет в день, и 12 (17%) мужчин употребляют более 11 сигарет в день (рис. 4).

При разделении пациентов по степени кровопотери разделились на 3 группы: 1) легкая степень; 2) средняя степень; 3) тяжёлая степень

При лёгких и средних степенях кровопотери целесообразно было использования консервативных методов лечения эндоскопического гемо-

стаза. При тяжёлой степени кровоизлияния использования эндоскопического метода гемостаза, не является достаточным для полного и стабильного гемостаза, тем самым нам пришлось прибегнуть к традиционному методу в виде операции у 3 (4%) пациентов.

В группу с лёгкой степенью входило 23 (32%) пациентов, стоит отметить, что в этой группе были все 3 представителя женского пола, что показывает не предрасположенность женщин к СМВ. В группу средней степени кровопотери входило 31 (44%) пациентов, и все они представители мужского пола в возрастных категориях 41-50 и 51-60 лет, с злоупотреблением алкогольных напитков.

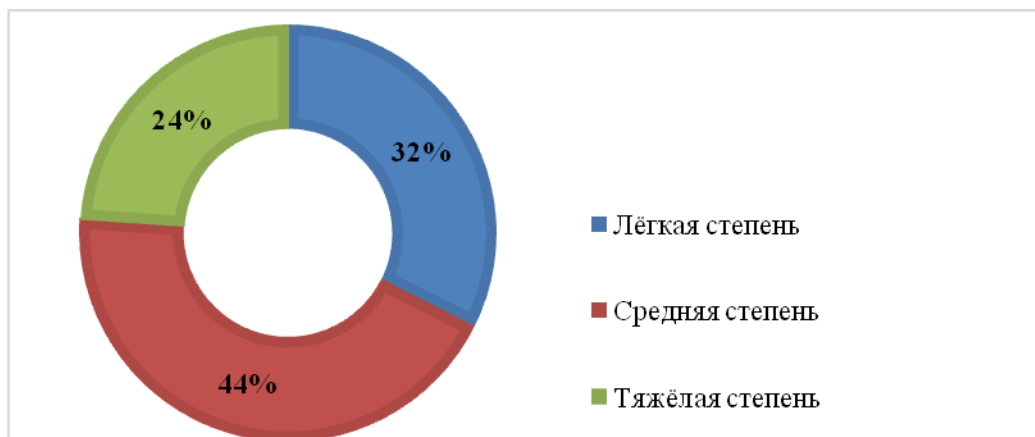


Рис. 5. Количество пациентов по степени кровопотери

В группу с тяжёлой степенью кровопотери входило 17 (24%) пациентов, и все они представители мужского пола старше 60 лет. У них наблюдалось самое долгое и в больших объёмах злоупотребление алкогольных напитков (рис. 5).

Результаты и обсуждения. При изучении локализации кровотечения были получены следующие результаты. Разрывы и кровотечения в абдоминальном отделе пищевода характерно, тем что здесь наблюдается самое большое количество кровотечения среди всех пациентов, а также в этом отделе пищевода тяжёлые кровотечения наблюдается реже чем в остальных отделах, и преимущество лёгкая степень кровопотери. Её локализация даёт преимущество при диагностике кровотечения, а также при лечении её консервативными методами (эндо-электрокоагуляция).

В кардиальном отделе пищевода, наблюдается среднее количество кровотечения среди всех пациентов, и у них преимущественно средняя степень кровотечения. Её локализация также даёт преимущество при диагностике кровотечения, а также при лечении её консервативными методами. При СМВ локализованном в малой и большой кривизне желудка и пилорическом отделе желудка, наблюдается преимущественно тяжёлая степень кровотечения, а также некоторые сложности при диагностике и лечении консервативными методами лечения из-за своей локализации. При масштабных разрывах слизистой оболочки желудка и тяжёлой степени кровотечения, приходится прибегать к традиционным методам. Эти случаи в нашем исследовании встречались редко (n=3 (4%)).

При исследовании размеров и глубину разрыва были получены следующие данные:

Из материалов, что критерии размеров – длина, ширина и глубина разрыва взаимосвязаны, также имеются исключения при сопоставлении различных факторов, то есть длина, ширина и глубина могут несоотносительными друг к другу

Исходя от данных критериев как длина, ширина и глубина разрыва по клинко-анатомическим признакам СМВ по классификации Ш.В.Тимербулатова, наши пациенты распределилась так:

В I стадию СМВ входило 12% (n=9) пациентов, в II стадию СМВ входило 36% (n=26) пациентов, в III стадию СМВ входило 48% (n=33) пациентов, в IV стадию СМВ входило 4% (n=3) пациентов.

Использование эндоскопической инъекции раствором 0,01% адреналина является актуальным, только при I ой стадии СМВ.

В нашем исследовании было использовано только 2 метода эндоскопического гемостаза: 1) электро-эндоскопический гемостаз; 2) инъекционный гемостаз раствором 0,01 % адреналина.

В основной группе был использован электро-эндоскопический гемостаз. У 93% (n=40) пациентов из основной группы эффективно использовался метод электро-эндоскопический гемостаз, только 7% (n=3) пациентов с СМВ подверглись к традиционному методу лечения в виде операции. Во всех остальных случаях электрокоагуляционный метод гемостаза был полностью эффективен, без повторных кровотечений вне зависимости от стадии СМВ.

При подробном изучении данных этих 3 пациентов, подвергнувшихся к традиционному методу лечения получены следующие результаты. Все эти пациенты были представителями мужского пола. К прогрессированию СМВ до IV стадии, привело их халатность к своему здоровью на фоне длительного периода алкогольного опьянения. Двое из них относились к возрастной группе 61-70 лет, и только 1 к возрастной группе 51-60 лет. Выяснилось, что все эти 3 пациента проживали в сельской местности, с слабо развитой структурой здравоохранения.

У 2 (66,6%) имелся заболевание ГЕРБ, и у 1 язвенная болезнь желудка.

При подробном изучении частоты и объёма употребления алкогольных напитков среди этих 3

пациентов, выяснилось, что 2 (66,6%) употребляют алкогольные напитки регулярно в больших количествах, и 1 (33,3%) употребляет алкогольные напитки регулярно в среднем количестве.

При изучении локализации разрыва IV стадии, у тех же 3 пациентов было выяснено, что у 2 (66,6%) пациентов разрыв был в кардиальном отделе пищевода, и у 1 (33,3%) разрыв был кардиальной части желудка. Это те части ЖКТ которые принимают самое большое давление, при непрерывных рвотах.

При изучении размеров разрыва, как длина, ширина и глубина, у этих троих пациентов получены следующие результаты; у всех пациентов разрыв был локализован в кардиальном отделе пищевода, имел длину свыше 50 мм, ширины разрыва составляла свыше 9 мм, а его глубина была равна 8 мм.; у всех этих троих пациентов наблюдался тяжёлая степень кровопотери.

Консервативное лечение в виде эндоскопического гемостаза путём электрокоагуляции, у этих 3 пациентов способствовало только коагуляции мелких и средних кровеносных сосудов, а при восстановлении целостности сосудов, тканей и циркуляции крови в тканях этот метод был неэффективным, тем самым пришлось прибегнуть к традиционному методу лечения СМВ.

В контрольной группе использовано инъекционный гемостаз раствором 0,01% раствора адреналина. В этой группе было 28 пациентов с разными стадиями СМВ. Эффективное лечение с помощью этого метода наблюдалось только у 9 (32%) пациентов, 7 из которых были пациентами с I ой стадией СМВ, а остальные 2 пациентов с II ой стадией. Только у 2 пациентов с II ой стадией СМВ получилось добиться полного гемостаза, а у остальных наблюдалось повторное кровотечение. А пациентов с III и IV стадией этот метод был абсолютно не эффективен.

Выводы:

1. В нашем исследовании повторно было доказано, что возрастные изменения являются основными факторами, которые способствуют разрыву слизистого слоя, чем старше человек, тем легче повреждается слизистая оболочка желудка.

2. Употребление алкогольных напитков является производным фактором в разрыве слизистого слоя при СМВ, при употреблении регулярно в средних и больших объёмах.

3. Использование эндоскопических методов гемостаза способствовало к снижению оперативного вмешательства, и улучшения дифференциальной диагностики при СМВ.

4. У всех пациентов с III и IV стадией СМВ, усиливающим фактором являлся продолжительное и сильное алкогольное опьянение, и все пациенты IV стадии имели кроме производных факторов и патологические

процессы факторы риска как ГЕРБ, и язва желудка.

5. При IV стадии СМВ, разрывы происходит в кардиальном отделе пищевода и желудка (до 66,6%). Это те части ЖКТ которые принимают самое большое давление, при непрерывных рвотах. Также кардиальный отдел пищевода и кардиальная часть желудка сильнее всего подвержены действию кислотности при гастроэзофагеальном рефлюксной болезни, как сужение просвета органа, рубцы и склероз тканей.

6. Эндоскопические метод гемостаза электрокоагуляция позволяют добиться устойчивого гемостаза при синдроме Меллори-Вейсса, и снижения количества повторных кровотечений. Также оно является более актуальным так как большинство пациентов имели стадии СМВ выше первой стадии.

Литература:

1. Мирошников Б.И., Рассказов А.К. Синдром Меллори - Вейсса. СПб., 1994. С. 82.
2. Penston JG, Boyd EJS. Mallory-Weiss tears occurring during endoscopy: A report of seven cases. *Endoscopy*. - 2009. - №4. - P. 262- 265.
3. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочнокишечных кровотечений. Киев Здоровье, 1991. С. 272.
4. Чередников Е.Ф. и др. Топографо-анатомические предпосылки развития синдрома Меллори-Вейсса. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2015. № 52. С. 153-154.
5. Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Эрниязов Э.А., Маткурбонов Н.О., Якубов Р.Ф. Диагностика и тактика лечения синдрома Меллори - Вейсса с применением малоинвазивных технологий. *Проблемы биологии и медицины*. 2023. №1 (142). С. 143-145.
6. Хаитбаев С.К., Рахимов А.П., Маткурбанова Д.Р., Атабаев А.Ф., Султанова Ф.А. Сапаев М.Г. Пронализирование лечебное тактика кровотечениях желудочно-кишечного тракта при неязвенные природы. *European Conference on Innovations in Technical and Natural Sciences*. Vienna. Austria. 2016. P. 57-63.
7. Чередников Е.Ф., Баткаев А.Р., Малеев Ю.В., Чередников Е.Е., Купцов А.А., Полубкова Г.В. Лечение больных с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием новых технологий. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. М., 2009. № 2. С. 27-32.
8. Малеев Ю.В., Баткаев А.Р. Биомеханика возникновения разрывов при синдроме Меллори-Вейсса. *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. М., 2005. Т.4, №3. С. 147-156.

9. Чередников Е.Е. Лечение разрывно-геморрагического синдрома в специализированном центре: автореф. дис... канд. мед. наук. – 2011. С. 23.
10. Чередников Е.Ф., Баткаев А.Р. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутриспросветной эндоскопии. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2009. Т.2, №4. С. 291–304.
11. Nincheri M., Cozzani R. Mallory-Weiss syndrome. Clinical cases and review of the literature. Minerva Chir. - 2009. – No5. - P. 367-380.
12. Norfleet RG., Smith GH. Mallory-Weiss syndrome after cardiopulmonary resuscitation. J. Clin. Gastroenterol. - 2009. – No.12. – P. 569-572.
13. Тимербулатов В.М., Мустафин Т.И., Тимербулатов Ш.В., Ямалов Р.А. Этиопатогенетические аспекты синдрома Меллори-Вейсса. Медицинский вестник Башкортостана. 2010. Т.5, №3. С. 24–27.
14. Матвеева Е.А. Диагностика и лечение синдрома Меллори-Вайса (обзор). Новости хирургии. 2012. Т.20, №1. С. 105–108.
- Чередников Е.Ф., Малеев Ю.В., Баткаев А.Р., Черных А.В., Аристов И.В. Диплом РАЕН №324 на открытие. Закономерность развития разрывногеморрагического синдрома у человека (синдрома Меллори-Вейсса); Воронеж. гос. мед. академия им. Н.Н. Бурденко. № А-410; заявл. 17.07.06; опубл. 25.01.07, стр. 31-39.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Эрниязов Э.А.

Резюме. Цель. Изучить эффективности применения эндоскопических методов гемостаза в частности электрокоагуляции при синдроме Меллори-Вейсса. Материал и методы. Проведен анализ лечения 71 пациентов, которые были разделены на две группы, с применением электрокоагуляции, и с инъекцией 0,01% адреналина. В периоде времени от 2015 до 2020 года. Установлено значительное снижение оперативной активности и общей летальности с применением эндоскопических методов, и приоритетность применения электрокоагуляционного метода гемостаза при синдроме Меллори - Вейсса. Результаты. Разрывы и кровотечения в абдоминальном отделе пищевода характерно, тем что здесь наблюдается самое большое количество кровотечения среди всех пациентов, а также в этом отделе пищевода тяжёлые кровотечения наблюдается реже чем в остальных отделах, и преобладает лёгкая степень кровопотери. Заключение. Использование эндоскопических методов гемостаза способствовало к снижению оперативного вмешательства, и улучшения дифференциальной диагностики при синдроме Меллори-Вейсса.

Ключевые слова: синдром Меллори-Вейсса; кровотечение; эндоскопические методы гемостаза; электрокоагуляция; алкогольное опьянение.