



В. О. Шапринський,
А. І. Дзьоба

Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова

© Шапринський В. О.,
Дзьоба А. І.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Резюме. Проаналізовано результати лікування 147 хворих на синдром Меллорі – Вейсса. Встановлена частота виявлення фонових захворювань — хронічного гепатиту, грижі стравохідного отвору діафрагми, виразкової хвороби шлунку, дванадцятипалої кишки. Висока частота виявлення хронічного гепатиту, грижі стравохідного отвору діафрагми свідчить про причинно-наслідковий зв'язок. Ступінь активності кровотечі оцінили за Forest. Найчастіше ступінь активності кровотечі був F IIb та F IIc. На ступінь крововтрати мали вплив наявність хронічного гепатиту, грижі стравохідного отвору діафрагми, виразкової хвороби шлунку та ДПК, особливо їх поєднання. Також мали вплив ступінь активності кровотечі при госпіталізації та кількість розривів. Консервативно проліковано 94,6 % хворих. Частота рецидивів кровотеч — 8 %. Оперованих 4 хворих. Після операції помер 1. Загальна летальність 2,7 %.

Ключові слова: синдром Меллорі – Вейсса, кровотеча, лікування.

Вступ

Синдром Меллорі – Вейсса (СМВ) або стравохідно–шлунковий розривно–геморагічний синдром на сьогоднішній день посідає вагоме місце в структурі кровотеч з верхніх відділів травного тракту, сягаючи 5–15 % [1, 2, 4, 5, 6, 7] та 36–50 % кровотеч невиразкового генезу [3]. Летальність СМВ 1,8–8,6 % [1,2,4,5,7,8]. Згідно літературних даних частота рецидивів кровотеч може сягати 20–35 % [6,7]. За останнє десятиріччя спостерігається чітка тенденція до зростання захворюваності СМВ, особливо серед населення працездатного віку, що становить важливу не лише медичну, а й соціальну та економічну проблему. Водночас спостерігається зростання частки крововтрат важкого ступеня в структурі кровотеч при СМВ [8], що в результаті підвищує тривалість та вартість лікування.

Актуальність даної теми підтверджується відсутністю єдиної думки про механізми розвитку СМВ, роль супутньої патології як причини, чи обтяжуючих факторів протікання даної патології. Відсутність чіткого, загальноприйнятого етіопатогенетично обґрунтованого механізму виникнення та протікання СМВ зумовлює відсутність, в повній мірі, адекватного лікування даної патології на теперішній час. Хоч в переважній більшості випадків сучасна діагностично–лікувальна програма СМВ дозволяє досягти успіху, все ж мають місце незадовільні результати лікування. Проте завдяки вдосконаленню лікувально–діагностичних можливостей сучасної медицини (а саме сучасних препаратів для досягнення консервативного гемостазу, поширенню використання ендоскопічних методів гемостазу)

збільшення летальності серед хворих СМВ не відмічається.

На думку авторів поглиблене вивчення етіологічних факторів та патогенетичних механізмів СМВ, та розробка відповідної діагностично – лікувальної програми, дасть змогу покращити якість лікування даних хворих. Це спонукає до подальшого поглибленого вивчення патології СМВ.

Матеріали та методи досліджень

Нами виконано ретроспективний аналіз медичних карт хворих, що лікувались з СМВ у Хмельницькій обласній та міській лікарнях за період з 2007 по 2013 роки. Загальна кількість хворих склала 147. Серед них чоловіків 125 (85 %), а жінок 22 (15 %). Осіб працездатного віку було 127 (86,4 %).

Результати досліджень та їх обговорення

Згідно аналізу медичних карт в динаміці спостерігається незначне збільшення кількості хворих на СМВ з піком у 2013 році. Це відповідає світовим тенденціям зростання захворюваності СМВ. Загальноприйнятою причиною виникнення розривів вважають різке підвищення внутрішньошлункового тиску. Більшість практикуючих лікарів пов'язують розвиток захворювання зі зловживанням алкоголем та наступною блювотою. Такий причинно-наслідковий зв'язок згідно нашого дослідження спостерігався лише у 38,1 % хворих. У інших хворих були інші причини підвищення внутрішньошлункового тиску: переїдання, надмірне фізичне навантаження, вагітність, черепно-мозкова травма, отруєння, загострення хронічного панкреатиту чи холециститу,



виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК), шлунку (ВХШ), їх комбінація та не встановлені причини.

Згідно даних сучасної літератури до етіопатогенетичних факторів виникнення СМВ різні автори відносять фонові захворювання: патологію печінки, запальні захворювання стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки, ВХШ, ВХДПК, грижу стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), алкоголізм. Згідно проведеного аналізу медичних карт, серед супутньої патології хворих СМВ, виділено ознаки хронічного гепатиту у 19,7 % хворих, перенесеного гепатиту в анамнезі відмічено у 4,8 % хворих, у багатьох випадках з проявами портальної гіпертензії, грижі стравохідного отвору діафрагми або недостатності кардії встановлена у 33,3 % хворих, ВХШ та ВХДПК у 10,2 % хворих, запальних захворювань стравоходу, шлунку чи дванадцятипалої кишки у 40,8 % хворих, алкоголізм у 7,5 % хворих. Слід відмітити, що у більшості випадків хворі не були предметно обстежені з приводу супутньої патології. Після досягнення гемостазу хворі виписувались з відділення під нагляд гастроентеролога за місцем проживання, чи переводились у гастроентерологічне відділення. Закономірним буде припущення, що при більш детальному дослідженні хворих відсоток супутньої патології буде вищим та дасть змогу покращити лікування з огляду на етіопатогенетичні фактори СМВ. Провівши аналіз залежності наявної супутньої патології та ступеню важкості крововтрати, необхідно відмітити поєднання декількох фонових захворювань (зокрема хронічного гепатиту, ГСОД, ВХДПК, ВХШ) у хворих з важким та вкрай важким ступенем крововтрати. Закономірною є і більша частота виявлення ГСОД у 38,5 % хворих з важким ступенем крововтрати та у 40 % з вкрай важким, хронічного гепатиту у 30,7 та 80 % хворих відповідно, ВХШ та ВХДПК у 19,2 та 20 % відповідно.

При госпіталізації всім хворим проводилась ФЕГДС з метою виявлення джерела кровотечі, ступеня активності кровотечі, локалізації, розмірів та кількості розривів. Локалізація розривів в стравохідно-шлунковому переході виявлена у 42,9 % хворих. Локалізація в кардії та стравоході була порівну по 28,6 %. Найчастіше розриви були розташовані по задній стінці — 31,8 %, по передній у 27,3 %, правій — 22,7 % та лівій — 13,6 %. Одиначні розриви були виявлені у 72,1 %, натомість множинні у 27,9 %. Проаналізувавши взаємозв'язок кількості розривів та важкості крововтрати можна відмітити невелике збільшення важкості крововтрати у хворих з множинними розривами.

Ступінь активності кровотечі можна характеризувати за Forest. F Ia — лише у 0,8 % хво-

рих. F Ib — у 16,5 %, F IIa — у 4,1%, F IIb — у 34,7 %, F IIc — у 24 %, F III — у 19,8 %. Проаналізувавши взаємозв'язок ступеня активності кровотечі з важкістю крововтрати можна зробити висновок, що більш важкий ступінь крововтрати спостерігається у пацієнтів з ступенем активності кровотечі при поступленні F Ia, F Ib, F IIa, F IIb. Водночас легший ступінь крововтрати спостерігається у хворих з ступенем активності кровотечі при госпіталізації у вигляді F IIc та F III.

Щодо ступеня крововтрати, то здебільшого це легкий ступінь — 66 %. Середній ступінь крововтрати — у 12,2 %, важкий — у 18,4 % та вкрай важкий — у 3,4 % хворих. Проаналізувавши динаміку ступеня крововтрати можна відмітити тенденцію до збільшення випадків важкої та вкрай важкої крововтрати.

Щодо розмірів дефекту, то в жодному описаному випадку вони не перевищували 3 см. Зокрема повздовжні розриви до 1 см зустрічались 55,1 % хворих, до 2 см у 39,1 %, до 3 см у 7,3 % хворих. Проаналізувавши взаємозв'язок довжини розривів з важкістю крововтрати ми не знайшли закономірності.

У переважній більшості хворих (94,6 %) за допомогою консервативної терапії був досягнутий адекватний гемостаз з наступним загоєнням дефектів (інфузійна терапія, етамзилат, вікасол, дицинон, транексам, амінокапронова к-та, антисекреторна, протиблювотна, при потребі гемотрансфузійна терапія). Рецидив кровотечі зафіксований у 8 (5,4 %) хворих. З них троє померло без оперативного втручання. У одного досягнутий консервативний гемостаз. Четверо хворих оперовані (2,7 %). Після операції помер один хворий. Проаналізувавши зв'язок рецидивів кровотечі зі ступенем гемостазу при госпіталізації, морфологічними характеристиками розривів, супутньою патологією, слід відмітити, що у більшості були множинні розриви. Ступінь гемостазу при госпіталізації мав вигляд активної капілярної кровотечі, або фіксованого згортка крові. ГСОД виявлено у 4 хворих (50 %), хронічний гепатит у 5 хворих (62,5 %), у деяких з переходом у цироз, ВХШ та ВХДПК у 4 хворих (50 %). У більшості хворих відмічалось поєднання вищеперерахованих супутніх захворювань.

Загалом померло четверо хворих (2,7 %). Аналіз летальних випадків показав, що у трьох був хронічний гепатит з переходом у цироз, при цьому в одного з них поєднувався з ГСОД II ст., ВХДПК. Ще один померлий мав поєднання ВХШ та ГСОД. Ступінь гемостазу при госпіталізації у двох померлих — F Ib, у двох інших — F IIb. Середній ліжкодень склав 5,1. Летальність 2,7 %.

**Висновки**

1. Висока частота виявлення хронічного гепатиту, ГСОД у хворих на синдром Меллорі – Вейсса свідчить про причинно-наслідковий зв'язок.

2. На ступінь крововтрати мали вплив наявність хронічного гепатиту, грижі стравохідного отвору діафрагми, виразкової хвороби шлунку

та ДПК, особливо їх поєднання. Також мали вплив ступінь активності кровотечі при госаїталізації та кількість розривів.

3. Консервативно проліковано 94,6 % хворих. Частота рецидивів кровотеч — 8 %. Показаними до оперативного втручання є рецидив кровотечі та відсутність ефекту від консервативної терапії, ендоскопічного гемостазу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондаренко Н. М. Синдром Меллорі-Вейсса как одна из причин желудочного кровотечения / Н. М. Бондаренко, В. Н. Барвинский, Н. Ф. Витвицкий // Клінічна хірургія. — К., — 1998. — № 6. — С. 45–46.

2. Дуданов И. П. Хирургическая тактика при синдроме Маллори-Вейсса / И. П. Дуданов, Г. А. Шаршавицкий, А. М. Меженин // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — СПб., — 1998. — Т. 157, № 3. — С. 67–69.

3. Клініко-статистичні аспекти синдрому Меллорі-Вейсса / С. О. Мунтян, В. П. Кришень, М. В. Трофімов [и др.] // Шпитальна хірургія. — 2004. — № 4. — С. 7–12.

4. Клініко-морфологічні особливості перебігу синдрому Меллорі-Вейсса / М. В. Трофімов, О. В. Желтяков, В. І. Діденко, М. Є. Кононенко // Шпитальна хірургія. Український науково-практичний журнал. — 2005. — № 3. — С. 79–82.

5. Панцырев Ю. М. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Меллорі-Вейсса

/ Ю. М. Панцырев, Е. Д. Федоров, М. Е. Тимофеев // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2003. — № 10. — С. 35–40.

6. Соловьев А. С. Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Меллорі-Вейсса / А. С. Соловьев // Анналы хирургии. Annals of surgery. — 2007. — № 1. — С. 29–33.

7. Тимербулатов Ш. В. Редкие причины синдрома Маллорі-Вейсса / Ш. В. Тимербулатов, В. М. Тимербулатов // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. — 2009. — Т. 168, № 2. — С. 114–116

8. Трофімов М. В. Клінічно-статистичні аспекти синдрому Меллорі-Вейсса / М. В. Трофімов, О. В. Желтяков // Львівський медичний часопис. Acta Medica Leopoliensia. — 2005. — Т. 11, № 3. — С. 143–144.



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
СИНДРОМОМ
МЭЛЛОРИ – ВЕЙССА

*В. О. Шапринский,
А. И. Дзёба*

Резюме. Проанализированы результаты лечения 147 больных синдромом Мэллори – Вейсса. Установлена частота выявления фоновых заболеваний — хронического гепатита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки. Высокая частота выявления хронического гепатита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы свидетельствует о причинно-следственной связи. Степень активности кровотечения оценили по Forest. Наиболее частая степень активности кровотечения была F IIa и F IIb. На степень кровопотери повлияли наличие хронического гепатита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, язвенной болезни желудка и ДПК, особенно их сочетание. Также повлияли степень активности кровотечения при поступлении, количество разрывов. Консервативно пролечено 94,6 % больных. Частота рецидивов кровотечений — 8 %. Оперированных 4 больных. После операции умер 1. Общая летальность 2,7 %.

Ключевые слова: *синдром Мэллори – Вейсса, кровотечение, лечение.*

ANALYSIS OF THE RESULTS
OF THE TREATMENT OF
THE MALLORY – WEISS
SYNDROME

V. O. Shaprinский, A. I. Dzoba

Summary. We analyzed the results of the treatment of 147 cases of Mallory – Weiss syndrome. It has been established the frequency of detection of the background diseases – chronic hepatitis, hiatal hernia, gastric ulcer and duodenal ulcer. The high incidence of chronic hepatitis, hiatal hernia indicates the cause–effect relationship. Level of bleeding activity assessed by Forest. The most common level of activity of bleeding was F IIa and F IIb. The degree of blood loss was influenced by the presence of chronic hepatitis, hiatal hernia, ulcers of the stomach and duodenum, especially their combination. Also influenced the degree of activity of bleeding on admission and the number of gaps. 94,6 % of patients were treated conservatively. Re-bleeding rate — 8 %. 4 operated patients. After surgery 1 died. The total mortality of 2,7 %.

Key words: Mallory – Weiss syndrome, bleeding, treatment.