

## Список літератури

1. Бирюков С. А. Эндоваскулярная баллонная ангиопластика подколенной и берцовых артерий при атеросклеротическом поражении / С.А. Бирюков, Ю.А. Алферов, П.Г. Швальб // Как улучшить результаты лечения больных с заболеваниями сосудов: тезисы докл. // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2008. - Т. 15, № 2 (приложение). - С. 37-38.
2. Затевахин И. И. Баллонная ангиопластика при ишемии нижних конечностей: монография / Затевахин И.И., Шиповский В.Н., Золкин В.Н. - М.: Медицина, 2004. - 252 с.
3. Клиническая ангиология: руководство; под ред А.В. Покровского [в 2 т.]. - М.: ОАО Изд-во Медицина, 2004. - Т. 1. - 808 с.
4. AGATHA Investigators. Ankle-brachial index and extent of atherosclerosis in 8891 patients with a risk of vascular disease: results of the international AGATHA study / F.G. Fowkes, L.P. Low, S. Tuta, J. Kozak // Eur. Heart J. - 2006. - Vol. 27 (15). - P. 1861-7.
5. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics - 2014 update: a report from the American Heart Association // A.S. Go, D. Mozaffarian, V.L. Roger [et al.] // Circulation. - 2014. - Vol. 129 (3).
6. Convention balloon angioplasty versus peripheral cutting balloon angioplasty for treatment of femoropopliteal artery in-stent restenosis: initial experience / P. Dick, S. Sabeti, W. Mlekusch [et al.] // Radiology. - 2008. - Vol. 248 (1). - P. 297-302. [Medline]
7. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) / L. Norgren, W.R. Hiatt, J.A. Dormandy [et al.] // J. Vasc. Surg. - 2007. - Vol. 45. - S. 5-67.
8. Predictors of Failure and success of tibial intervention for critical limb ischemia / N. Fernandez, R. McEnaney, L.K. Marone [et al.] // J. Vasc. Surg. - 2010. - Vol. 52, № 4. - P. 834-842.

**Кутувий А.Б., Люлько И.В., Кисилевский Д.А., Грицай Ю.В., Мирошніченко А.Ю.**

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ

**Резюме.** Проведен анализ лечения 367 пациентов с окклюдизирующими заболеваниями артерий нижних конечностей атеросклеротического генеза. Всем пациентам этой группы были выполнены рентген-эндоваскулярные вмешательства. Не удалось добиться реканализации атеросклеротического поражения артерий у 21 больного. В этих случаях выполнялись открытые вмешательства. 30 больным была проведена только ангиографическая диагностика в связи с протяженным поражением магистральной артерии, которая превышала 8 см. В раннем послеоперационном периоде наблюдали в 5 случаях подкожную гематому в месте пункции. В отдаленном - рестенозы у семи больных. В данном исследовании подтверждено, что эндоваскулярные методы лечения окклюдизирующих заболеваний артерий нижних конечностей эффективны у больных с протяженностью поражения менее 8 см.

**Ключевые слова:** атеросклероз, сахарный диабет, эндоваскулярные вмешательства.

**Kutovyi O.B., Lulko I.V., Kysilevskyi D.O., Gritsay Y.V., Miroshnichenko A.Y.**

## THE USE OF INTERVENTIONAL VASCULAR RADIOLOGY WAY OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE

**Summary.** The treatment of 367 patients with occlusive peripheral arterial disease of the atherosclerosis lower limbs origin was analyzed. For all patients invasive radiologic vascular interventions were performed. In 21 cases recanalization of atherosclerotic disease was not achieved. In these cases open surgery was performed. For 30 patients only angiographic diagnosis was made due to the prolonged main artery invasion which reached more than 8 cm. Along early term after operation we observed 5 cases of skin hematoma. In long run there were solely 7 case of disease recurrence. In this research the fact was confirmed that invasive radiology way of the treatment of occlusive lower limbs arteries disease is effective for patients with prolonged invasion, which is less than 8 cm.

**Key words:** atherosclerosis, diabetes, invasive radiology interventions.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Олійник О.Є.**

Стаття надійшла до редакції 09.11.2016 р.

Кутувий Олександр Борисович - д.мед.н., проф., зав. кафедрою хірургії №2 ДЗ "Дніпровська медична академія МОЗУ"; +38(095)3486713; prof.kutovoy@gmail.com

Люлько Іван Володимирович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії №2 ДЗ "Дніпровська медична академія МОЗУ"; +38(050)5717221; drkis\_md@i.ua

Кисилевський Дмитро Олексійович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 ДЗ "Дніпровська медична академія МОЗУ"; +38(050)6084885; drkis\_md@i.ua

Грицай Юрій Вікторович - асистент кафедри хірургії №2 ДЗ "Дніпровська медична академія МОЗУ"; +38(096)9743686; yuriy.gritsay.dsma@gmail.com

Мірошніченко Андрій Юрійович - зав. рентген-хірургічним блоком рентген-діагностичного відділення обласної клінічної лікарні ім. Мечникова; +38(050)5916570; miroshnichenk.a@gmail.com

© Шапринський В.О., Дзьоба А.І.

УДК: 001.895:[617.542+617.55]:616-089.168.

**Шапринський В.О., Дзьоба А.І.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра хірургії №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВАЙССА

**Резюме.** Проаналізовано літературні дані щодо сучасного стану ендоскопічного лікування хворих на синдром Меллорі-Вайсса. Незважаючи на велику кількість методів ендоскопічного гемостазу та багаторічний досвід їх застосування, на сьогоднішній день немає чітких рекомендацій щодо вибору оптимального методу гемостазу при кровотечі, зумовленій синдромом Меллорі-Вайсса. Найбільш часто використовувані ендоскопічні методи лікування активних кровотеч при СМВ є ін'єкційна терапія, контактна термокоагуляція, аргон-плазмова коагуляція, кліпсування та лігування латексними кільцями. Найбільш ефективними серед методів ендоскопічного гемостазу при СМВ є лігування латексними кільцями, кліпсування, аргонплазмова коагуляція. Вибір методу ендоскопічного гемостазу потребує диференційованого підходу залежно від характеристик джерела кровотечі та гемостатичних особливостей самого методу. Необхідне більш ґрунтовне та глибоке вивчення проблеми для розробки чітких критеріїв використання ендоскопічного гемостазу з забезпеченням максимальної ефективності.

**Ключові слова:** синдром Меллорі-Вайсса, кровотеча, лікування, ендоскопічний гемостаз.

## Вступ

Синдром Меллорі-Вайсса (СМВ), або стравохідно-шлунковий розривно-геморагічний синдром за МКХ-10 - це гостра хірургічна патологія, що зумовлена виникненням повздовжніх розривів слизової оболонки і глибше розташованих шарів кардіальної частини шлунку та абдомінальної частини стравоходу, супроводжується кровотечею з них.

Вперше дане захворювання було описано в 1879р. Guinke [2], коли після смерті хворого від профузної шлунково-кишкової кровотечі на розтині знайдені повздовжні розриви кардіального відділу шлунку, як причина кровотечі. Більш детально дана патологія лише через 20 років зацікавила американського патолога George Kenneth Mallory та лікаря Soma Weiss, які в 1929р. описали 15 випадків важкої кровотечі спричиненої повздовжніми розривами слизової оболонки стравоходу, або стравохідно-шлункового переходу, якій передувала блювота у хворих алкоголізмом.

В 1955р. E.C. Whitiring, G. Baron вперше повідомили про успішне оперативне лікування 79-річного хворого з шлунково-кишковою кровотечею неясного генезу. При гастротомії в порожнину шлунку був введений сигмоскоп та герметизований кисетним швом. Візуально було виявлено повздовжній розрив слизової оболонки кардії по малій кривизні. Розрив було ушито.

З появою гастроскопії СМВ був вперше прижиттєво діагностований у 1956р., про що свідчать публікації I.T. Hardy [2]. Перші повідомлення про успішний ендоскопічний гемостаз з'явилися в середині 1970 років [8].

Серед кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту невиразкового генезу СМВ складає понад 30 %. За останнє десятиріччя спостерігається чітка тенденція до зростання частоти випадків синдрому Меллорі-Вайсса. Особливо слід відмітити, що переважну більшість хворих на СМВ складають особи молодого, працездатного віку. На теперішній час відсутня єдина думка про причини виникнення та механізми розвитку СМВ, а отже і відсутнє патогенетично та етіологічно обґрунтоване лікування.

Більшість кровотеч, спричинених синдромом Меллорі-Вайсса зупиняється спонтанно. Такі пацієнти потребують консервативного лікування. Деякі пацієнти вимагають ендоскопічного або хірургічного лікування. Ендоскопічне лікування необхідне для хворих з активною кровотечею (активна струминна кровотеча, підтікання

свіжої крові). Хворі з тромбованою судинною, фіксованим згортком крові не обов'язково вимагають ендоскопічного лікування, за виключенням рецидиву кровотечі. Ендоскопічний гемостаз на сьогоднішній день є методом вибору в таких випадках. Незважаючи на велику кількість методів ендоскопічного гемостазу та багаторічний досвід їх застосування, на сьогоднішній день немає чітких рекомендацій щодо вибору оптимального методу гемостазу при кровотечі, зумовленій синдромом Меллорі-Вайсса.

**Мета дослідження** - проаналізувати літературні дані щодо сучасного стану ендоскопічного лікування хворих на синдром Меллорі-Вайсса.

## Матеріали та методи

Нами проаналізовані літературні дані з вітчизняних та іноземних періодичних наукових медичних видань, в тому числі з використанням ресурсів MEDLINE, EMBASE, Cochrane Centre Register of Controlled Trials. В аналіз брались публікації матеріалів з використанням ендоскопії для гемостатичного лікування хворих на синдром Меллорі-Вайсса.

## Результати. Обговорення

Синдром Меллорі-Вайсса, як і будь-яка інша кровотеча шлунково-кишкового тракту, потребує невідкладних заходів діагностики та лікування. На теперішній час ключову роль відіграє виконання невідкладної фіброзофагогастроуденоскопії (ФЕГДС) з метою верифікації діагнозу. В разі наявності шоку, необхідно першочергово провести заходи спрямовані на стабілізацію гемодинаміки хворого. Згідно сучасних підходів лікування складається з консервативної гемостатичної, інфузійної, протишокової терапії та ендоскопічного гемостазу в разі потреби. Лише за неефективності зазначених засобів потрібно виконувати оперативне лікування. Тим не менше, більшість пацієнтів не потребують виконання ендоскопічного гемостазу, так як гемостаз та загоєння розривів вдається досягти за допомогою консервативної терапії. Ендоскопічний гемостаз необхідно виконувати при активній кровотечі. Ми не знайшли чітких рекомендацій стосовно необхідності ендоскопічної терапії в хворих з нестійким гемостазом. Проте розділяєм думку деяких авторів про необхідність використання ендоскопічного лікування при наявності

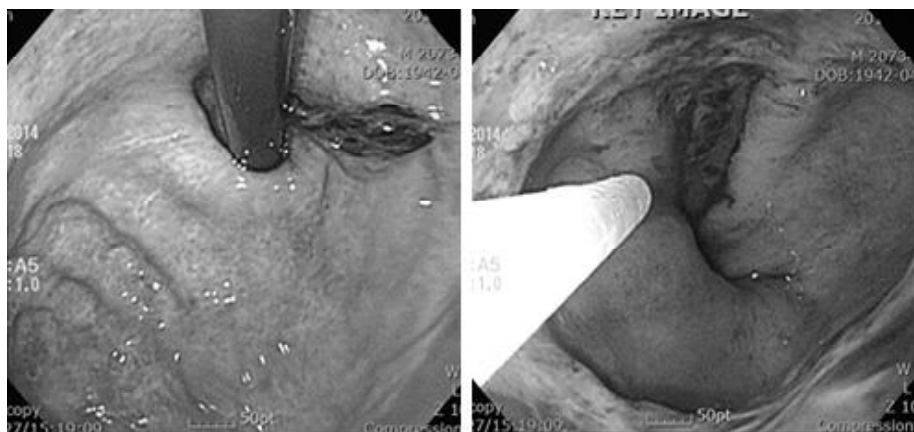


Рис. 1. Ін'єкційний ендоскопічний гемостаз.

факторів ризику рецидиву кровотечі, таких як наявність портальної гіпертензії, коагулопатії та ін. [14]. При СМВ описано використання наступних методів ендоскопічного гемостазу:

- 1) ін'єкційні: розчин адреналіну в розведенні 1:10000; 1:20000; склерозанти.
- 2) абляційні: контактні: термокоагуляція, радіохвильова та електрокоагуляція; неконтактні: аргано-плазма коагуляція.
- 3) механічні: лігування латексними кільцями; кліпування.

Основним завданням ендоскопії при кровотечі, обумовленій СМВ є : зупинка кровотечі, що продовжується; профілактика рецидиву кровотечі; пришвидшення термінів епітелізації дефектів слизової.

Найбільш часто використовувані ендоскопічні методи лікування активних кровотеч при СМВ є ін'єкційна терапія, контактна термокоагуляція, аргано-плазма коагуляція, кліпування та лігування латексними кільцями. Щодо вибору методу ендоскопічного гемостазу єдиної думки немає. В багатьох дослідженнях не використовується монотерапія. Автори дотримуються диференційованого підходу до вибору методу гемостазу в залежності від місцевого статусу та часто використовують їх різноманітні поєднання. Поодинокі дослідження вказують на переваги того чи іншого методу, але мала кількість досліджених випадків не дають вичерпної відповіді на питання вибору методу ендоскопічного гемостазу.

В ендоскопічній ін'єкційній терапії (рис. 1.) використовуються різні препарати, але адреналін розведений у фізіологічному розчині використовується найбільш часто. Також використовується введення склерозантів, 96% етанолу, амінокапронової кислоти та навіть звичайного фізіологічного розчину. Ін'єкційна терапія є простою у виконанні та відносно недорогий метод. Однак використання адреналіну для ін'єкційної терапії може призводити до серцево-судинних ускладнень, таких як шлуночкова тахікардія. Це пояснюється попаданням в системний кровотік минувши першу печінкову трансформацію. Ін'єкційної терапії р-ном адреналіну слід

уникати у пацієнтів з анамнезом захворювання коронарних артерій. Механізм гемостазу полягає в звуженні судин, механічному стисненні і агрегації тромбоцитів. Серед них, механічне стиснення є найбільш істотним фактором при лікуванні кровотеч. Ін'єкційна терапія при СМВ дає можливість досягти первинного гемостазу до 100 %, але рівень рецидиву кровотечі може сягати від 5,8% до 44% [13]. Деякі дослідження показали, що ін'єкції адреналіну, як

монотерапії активної кровотечі може привести до збільшення повторних кровотеч у порівнянні з механічними гемостазом або комбінованою терапією. Тому ін'єкційна терапія, як монотерапія, не повинна використовуватись як метод гемостазу першої лінії.

Описано дослідження, в якому з метою ендоскопічного гемостазу при активній кровотечі, спричиненій СМВ, використовувалась рідина діатермокоагуляція в поєднанні з ін'єкційною терапією тканин навколо джерела кровотечі р-ном амінокапронової кислоти. Після досягнення гемостазу на дефект слизової наносився гранульований сорбент (діовин, або гелевін). Дренуючі сорбенти володіють вираженими неспецифічними гемостатичними властивостями за рахунок підтримки вологого середовища, збереження бікарбонатного бар'єру і таким чином зниження ризику лізису тромбу під дією соляної кислоти. В результаті створюються сприятливі умови для репаративних процесів. За результатами дослідження первинний гемостаз вдалось досягти у 93,5 % випадків. Рецидиви кровотечі спостерігались у 6,5 %, оперативне лікування знадобилось 1,9 % хворим, летальність 3,9 % [1].

При електрокоагуляції можливе одночасне застосування тепла і тиску. Метод високоефективний, але має ряд своїх недоліків. Ефективність коагуляції в мокрому полі, такому як активна кровотеча, зменшується, так як рідина швидко розсіює тепло. Важливу роль відіграє правильне розташування коагулятора, використання біполярної коагуляції. Однак повторні коагуляції несуть ризик трансмурального ушкодження і перфорації стравоходу, через відносно малу товщину стінки стравоходу і відсутність серозної оболонки. Описано поєднання діатермокоагуляції зі зрошенням р-нами гемостатиків та послідовним нанесенням на місце розриву плівкоутворюючих речовин. При цьому частота рецидивів кровотеч складає 13,6 % [4].

Широко використовується аргонплазма коагуляція. Її перевагами є безконтактність методу та поверхневість дії. Ці фактори в свою чергу різко зменшують ризик пошкодження небажаних тканин і перфорації. Особливість методу також полягає в здатності досягати

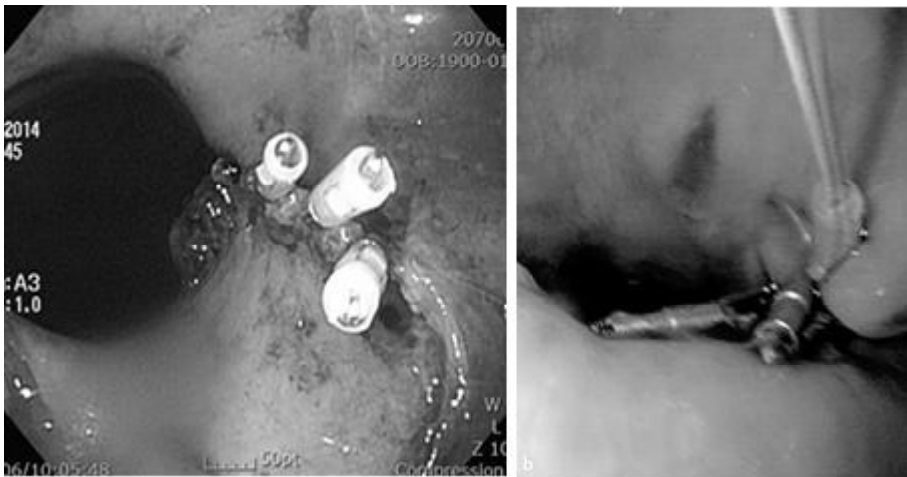


Рис. 2. Ендоскопічне кліпування та кліпування в поєднанні з нейлоною петлею.

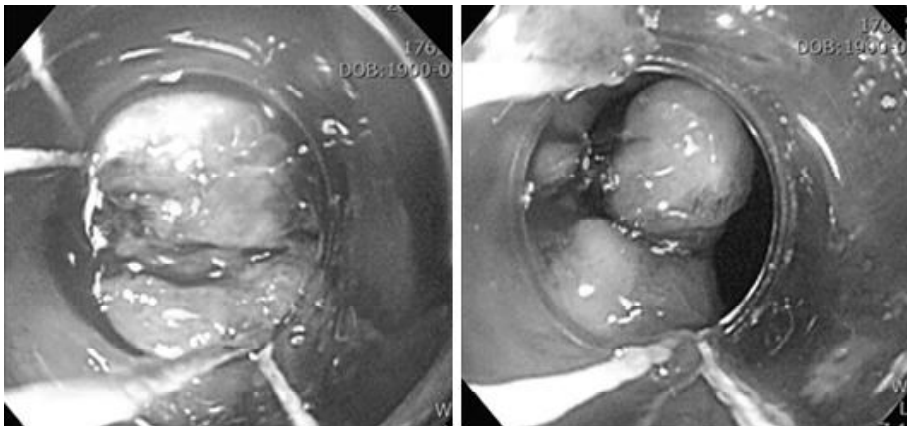


Рис. 3. Ендоскопічне лігування латексними кільцями.

гемостазу в важкодоступних місцях. Недоліком є необхідність утримання постійної відстані між зондом та ділянкою коагуляції, що не завжди можливо за умов перистальтики. Останні дослідження показують високу ефективність методу з можливістю досягнення первинного гемостазу до 100 % випадків при відсутності рецидивів кровотечі [10].

Ендоскопічне кліпування (рис. 2.) є доволі простим у використанні методом для лікування кровотеч з нефіброваних тканин, такі як СМВ, або синдром Дюлафуа. Проте, через розташування СМВ у гастроєзофагальному переході, розміщення гемокліпс є складним завданням. Цей метод гемостазу можна успішно використовувати при глибоких дефектах. Існує 2 види кліпування: 1) зближення країв розриву, починаючи з каудального до цефалічного кінця; 2) кліпування чітко візуалізованого джерела кровотечі [3]. Недавні дослідження показують високу ефективність методу та низький відсоток рецидивів кровотеч.

Основна перевага ендоскопічного лігування (рис. 3.) є його технічна простота в порівнянні з іншими процедурами. Цей метод гемостазу гарно зарекомендував себе при кровотечах з варикозно розширених вен стравоходу. Ендоскопічне лігування використовується при

кровотечі з нефіброваних тканин, при цьому ризик перфорації стравоходу майже відсутній. Згідно останніх досліджень цей метод гемостазу є високо ефективним та має нижчий ризик розвитку рецидиву кровотечі у порівнянні з кліпуванням.

У дослідженні Young-Seok Cho вказано на відсутність суттєвої різниці в результатах лігування та кліпування, водночас відзначається можливість досягнення первинного гемостазу до 100 % та розвитку рецидивів кровотеч 6 - 10 % [11]. Інше дослідження S. Leclaire вказує на перевагу ендоскопічного лігування над кліпуванням у зв'язку з відсутністю рецидивів кровотеч - 0 % проти 18 % [12]. При рецидиві кровотечі виконувалась повторна ФЕГДС з виконанням ін'єкційної терапії р-ном адреналіну. При неефективності ендоскопічного гемостазу додатково виконувалась транскатетерна емболізація лівої шлункової артерії. Слід мати на увазі, що дана методика несе ризик розвитку гострих виразок кардії у зв'язку з порушенням трофі-

ки. Це ускладнення частіше виникає на попередньо оперованому шлунку та небезпечно розвитком кровотечі з нового джерела. Описано випадок комбінованого використання кліпування країв великого розриву при СМВ та досягненні стійкого гемостазу при рецидиві шляхом зведення його країв за допомогою нейлової петлі [9]. Також можливе закриття великого розриву шляхом кліпування країв великого дефекту зі зведенням за допомогою петлі [15].

Описано також використання радіохвильового ендоскопічного гемостазу. Особливостями методики є відсутність ефекту приварювання тканини до електроду. Це досягається завдяки тому, що сам електрод не нагрівається, але забезпечує нагрівання клітин та їх руйнування. Формується тонкий шар поверхневого некрозу з мінімальними змінами глибших шарів [5]. Результати поєднання радіохвильової коагуляції та ін'єкційної терапії дають можливість забезпечити первинний гемостаз у 86 % хворих на СМВ. Рецидиви спостерігаються у 13,9 % пацієнтів при ефективності повторного ендоскопічного гемостазу 80 %, потребі оперативного лікування у 2,8 % та летальності 2,8 % [6].

У своєму дослідженні Ю.М. Панцирев з співав. вказують на необхідність диференційованого підходу до

Таблиця 1. Порівняння досліджень ефективності різних методик ендоскопічного гемостазу при СМВ.

К-сть пацієнтів	Ступінь гемостазу	Метод гемостазу	Ефективність первинного гемостазу	Рецидив кровотечі	Ефективність вторинного гемостазу	Оперативне лікування	Летальність	Автори
31	Fla,b	Ін'єкційна+діатермокоагуляція+зрошення сорбентом	93,5%	12,9%	83,3%	3,2%	6,4%	Баткаєв А.Р. [1]
11	Fla,b Fla,b	Аргоноплазмозна коагуляція (10), ін'єкційна (1)	100%	0	-	0	0	Cybulka B. [10]
20	Fla,b	Лігування	100%	10%	100%	0	0	Y.S. Cho [11]
21		Кліпування	100%	6%	100%	0	0	
29	Fla,b	Лігування	100%	0	-	-	-	S. Lecleire [12]
27	Fla	Кліпування+ін'єкційна	100%	18%	83%	0	0	
50	Fla,b Fla,b Fla	Ін'єкційна	58%	42%	71%	12%	8%	Р. Б. Мумладзе [8]
36		Радіохвильова+ін'єкційна	86%	13,9%	80%	2,8%	2,8%	
90	Fla,b	Ін'єкційна+термічна Аргоноплазмозна коагуляція	100%	7,8%	-	1,1%	5,6%	Ю. М. Панцырев [5]
137	Fla,b	Кліпування	100%	2,9%	-	0	5,8%	
171	Fla,b	Ін'єкційна Діатермокоагуляція Аргоноплазмозна коагуляція Лігування Кліпування Комбіновані методики	100%	11,4%	87%	1,5%	0,58%	А. Е. Борисов [4]

вибору методу ендоскопічного гемостазу. Так, при активній кровотечі, при неможливості чітко диференціювати кровоточиву судинну слід використовувати ін'єкційну методику. У разі чіткої візуалізації судини можливе використання термічного методу. В разі наявності глибоких розривів до м'язового шару доцільно використовувати аргон-плазмозна коагуляція. Також при глибоких розривах та наявності крупних тромбованих судин доцільним є кліпування цих судин, або самого дефекту. Використання даних принципів дало можливість зменшити кількість рецидивів кровотечі до 4 %, необхідність в оперативному лікуванні до 0,4 % та летальності 4,7 % [8]. А.Е. Борисов з співав. використовували диференційований підхід до гемостазу: ін'єкційний, термічний (діатермокоагуляція та аргон-плазмозна коагуляція), механічний (кліпування кровоточивої судини, лігування зони розриву латексними кільцями) та комбіновані методики. За результатами первинний гемостаз був досягнутий у 100 % випадків. Рецидиви кровотечі виникли у 11,4 % хворих. Повторний гемостаз ефективний у 87 %, необхідність оперативного лікування 1,5 %, летальність 0,58 %.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Використання ендоскопічного гемостазу в лікуванні кровотеч спричинених синдромом Меллорі-Вайсса високоефективний засіб зупинки кровотечі, попередження розвитку рецидивів та зменшення необхідності оперативного лікування.

2. Найбільш ефективними серед методів ендоскопічного гемостазу при СМВ є лігування латексними кільцями, кліпування, аргон-плазмозна коагуляція.

3. Вибір методу ендоскопічного гемостазу потребує диференційованого підходу в залежності від характеристик джерела кровотечі та гемостатичними особливостями самого методу.

На теперішній час особливості застосування ендоскопічних методик гемостазу при СМВ є недостатньо вивченими, про що свідчить мала кількість досліджень даного питання, їх несистематизованість та часом контраверсійність результатів (табл. 1). Необхідне більш ґрунтовне та глибоке вивчення проблеми для розробки чітких критеріїв використання ендоскопічного гемостазу з забезпеченням максимальної ефективності.

### Список літератури

1. Баткаєв А. Р. Комплексное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрипросветной эндоскопии (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.00.27 "Хирургия" / А.Р. Баткаєв. - Воронеж, 2010. - 48 с.
2. Братусь В. Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / В.Д. Братусь. - К.: Здоровья, 1997. - 272 с.
3. Ендоскопічне лікування синдрому

- Меллорі-Вейса при портальній гіпертензії на тлі цирозу печінки / В. І. Русин, К. Є. Болдіжар, І. Б. Румянцев [та ін.] // Львівський медичний часопис. Acta Medica Leopoliensia. - 2010. - № 4. - С. 28-31.
4. Кришень В. П. Особливості ендоскопічного лікування синдрому Маллорі-Вейсса / В. П. Кришень, М. В. Трофімов, В. В. Васильченко // Клінічна хірургія. - 2007. - С. 19.
  5. Лечебная эзофагогастродуоденоскопия / Н. Е. Чернеховская, В. Г. Андреев, Д. П. Черепянецов, А. В. Поваляев. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 176 с.
  6. Применение эндоскопического радиоволнового воздействия на источник кровотечения при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллорі-Вейсса / Р. Б. Мумладзе, Ю. Ш. Розиков, Д. Г. Соловьев, Д. Г. Гоголашвили // Анналы хирургии. Annals of surgery. - 2007. - № 5. - С. 29-32.
  7. Эндоскопический гемостаз в лечении синдрома Маллорі-Вейсса / А. Е. Борисов, К. Г. Кубачев, Д. М. Ризаханов, Ш. А. Шарипов // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Научно-практический журнал. - 2011. - № 1. - С. 25-28.
  8. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Маллорі-Вейсса / Ю. М. Панцырев, Е. Д. Федоров, М. Е. Тимофеев, А. И. Михалев // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. - 2003. - С. 35-40.
  9. Combined Use of Clips and Nylon Snare ("Tulip-Bundle") as a Rescue Endoscopic Bleeding Control in a Mallory-Weiss Syndrome [Електронний ресурс] / [H. Ivekovic, B. Radulovic, S. Jankovic et al.] // Case Reports in Gastrointestinal Medicine. - 2014. - Режим доступу до ресурсу: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/972765>
  10. Cybulka B. Mallory-Weiss syndrome based on own experience - diagnostics and modern principles of management / Bartosz Cybulka // Polski przegląd chirurgiczny. - 2016. - № 88. - С. 77-86.
  11. Endoscopic band ligation and endoscopic hemoclip placement for patients with Mallory-Weiss syndrome and active bleeding / Y. S. Cho, H. S. Chae, H. K. Kim [et al.] // World Journal of Gastroenterology. - 2008. - № 14. - С. 2080-2084.
  12. Endoscopic band ligation could decrease recurrent bleeding in Mallory-Weiss syndrome as compared to haemostasis by hemoclips plus epinephrine / S. Lecleire, M. Antonietti, I. Iwanicki-Caron [et al.] // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. - 2009. - № 30. - С. 399-405.
  13. Kim H. S. Endoscopic Management of Mallory-Weiss Tearing / Hyun-Soo Kim // Clin Endosc. - 2015. - № 48. - С. 102-105.
  14. Nojkov B. Distinctive aspects of peptic ulcer disease, Dieulafoy's lesion, and Mallory-Weiss syndrome in patients with advanced alcoholic liver disease or cirrhosis / B. Nojkov, M. S. Cappell // World Journal of Gastroenterology. - 2016. - № 22. - С. 446-466.
  15. The esophagus as a working channel: successful closure of a large Mallory-Weiss tear with clips and an endoloop / H. Ivekovic, N. Rustemovic, T. Brkic [et al.] // Endoscopy. - 2011. - № 43. - С. E170.

**Шапринский В.А., Дзюба А.И.**

#### АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МЕЛЛОРИ-ВАЙССА

**Резюме.** Проанализированы литературные данные о современном состоянии эндоскопического лечения больных синдромом Маллорі - Вайсса. Несмотря на большое количество методов эндоскопического гемостаза и многолетний опыт их применения, на сегодняшний день нет четких рекомендаций по выбору оптимального метода гемостаза при кровотечении, обусловленном синдромом Маллорі-Вайсса. Наиболее часто используемые эндоскопические методы лечения активных кровотечений при СМВ являются: инъекционная терапия, контактная термокоагуляция, аргонно-плазменная коагуляция, клипирование и лигирование латексными кольцами. Наиболее эффективными среди методов эндоскопического гемостаза при СМВ являются лигирование латексными кольцами, клипирование, аргонно-плазменная коагуляция. Выбор метода эндоскопического гемостаза требует дифференцированного подхода в зависимости от характеристик источника кровотечения и гемостатических особенностей самого метода. Необходимо более детальное и глубокое изучение проблемы для разработки четких критериев использования эндоскопического гемостаза с обеспечением максимальной эффективности.

**Ключевые слова:** синдром Маллорі-Вайсса, кровотечение, лечение, эндоскопический гемостаз.

**Shaprynskiy V.O., Dzoba A.I.**

#### ANALYSIS OF CURRENT STATE OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF PATIENTS WITH MALLORY-WEISS SYNDROME

**Summary.** The published data on the current state of endoscopic treatment of Mallory-Weiss syndrome were analyzed. Despite the large number of methods for endoscopic hemostasis and experience of their using, there are no clear guidelines to date on choosing the optimal method of hemostasis in case of bleeding due to Mallory-Weiss syndrome. The most commonly used endoscopic treatment of active bleeding in Mallory-Weiss syndrome are injection therapy, contact thermocoagulation, argon-plasma coagulation, clipping and ligation with latex rings. The most effective methods of endoscopic hemostasis in Mallory - Weiss syndrome are ligation with latex rings, clipping and argon-plasma coagulation. The method of endoscopic hemostasis requires a differentiated approach depending on the characteristics of the source of bleeding and hemostatic features of the method. A more thorough and deep study of the problem is needed to develop clear criteria for the use of endoscopic hemostasis with maximum efficiency.

**Key words:** Mallory-Weiss syndrome, bleeding, treatment, endoscopic hemostasis.

**Рецензент - к.мед.н., доц. Кривецкий В.Ф.**

Статья надійшла до редакції 23.11.2016 р.

Шапринський Володимир Олександрович - д.мед.н., проф., зав. кафедрою хірургії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(050)4450085; shaprynskiy@rambler.ru

Дзюба Андрій Ігорович - аспірант кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(097)8116698; doctor-dzyoba@rambler.ru