

Малеев Ю. В., Чередников Е. Ф., Литовкина Т. Е.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИНСУФФЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Воронежский государственный медицинский университет
им. Н. Н. Бурденко, Россия*

Разработан и апробирован способ лечения синдрома Меллори–Вейсса (СМВ), позволяющий повысить эффективность местного гемостаза, снизить риск возникновения повторного кровотечения и сократить сроки лечения пациентов.

Ключевые слова: разрывно-гемморрагический синдром, синдром Меллори–Вейсса.

Maleev Yu. V., Cherednikov E. F., Litovkina T. E.

COMBINED ENDOSCOPIC INSUFFLATION IN THE TREATMENT OF DISCONTINUOUS-HEMORRHAGIC SYNDROME

Voronezh N. N. Burdenko State Medical University, Russia

A method for the treatment of Mallory–Weiss syndrome (SMV) has been developed and tested, which allows to increase the effectiveness of local hemostasis, reduce the risk of re-bleeding and reduce the time of treatment of patients.

Key words: rupture-hemorrhagic syndrome, Mallory–Weiss syndrome.

Рецидивы геморрагии при разрывно-геморрагическом синдроме (СМВ) достигают 30 %, послеоперационная летальность — 17 %, а общая летальность — 7,5 % [0–5]. При этом пациенты с СМВ находятся в наиболее трудоспособном возрасте, что свидетельствует о высокой социально-экономической значимости данного заболевания [3–5].

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 102 больных с СМВ, находившихся на лечении в Воронежском специализированном центре по лечению пациентов с гастродуоденальными кровотечениями на базе общехирургических отделений БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1»: мужчин — 82 (80,4 %), женщин — 20 (19,6 %).

Результаты и обсуждение. Данные анамнеза пациентов выявили приоритетность фактора злоупотребления алкоголем (79/77 %) у лиц обоего пола в полиэтиологическом механизме возникновения СМВ, причем преимущественно в возрастном интервале от 30 до 45 лет [3–5]. У лиц с СМВ мы традиционно [3, 4] выделили 4 социальные группы: 1-я — лица преимущественно умственного труда (преподаватели, врачи и др.); 2-я — лица, чья производственная сфера связана с тяжелым физическим трудом (электрики, фрезеровщики, слесари-сантехники, формовщики, монтажники, грузчики, обмотчики, милиционеры, водолазы); 3-я — лица пожилого и старческого возраста (пенсионеры, как правило, инвалиды I и II групп). У больных данной группы отмечалась тяжелая сочетанная патология сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и других анатомо-функциональных систем; 4-я — безработные [3, 4]. Из 102 пациентов с СМВ в 7/6,9 % случаях была обнаружена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; сочетание СМВ с язвенной болезнью желудка и ДПК — у 22/21,6 % пациентов; а у 87/85,3 % — с гастритом; расширение вен пищевода на фоне цирроза печени наблюдалось у 5/4,9 %, недостаточность кардии и эзофагит — у 12/11,8 % больных. Повышение внутрижелудочного и внутрибрюшного давления и последующий акт рвоты приводят к развитию СМВ [2, 3, 5]. По локализации дефекты при СМВ располагались: пищеводно-желудочный переход — у 88/86,3 %, пищеводные — у 11/10,8 % и кардиальные — у 3/2,9 % пациентов. Разрывы локализовались на правой стенке ЖКТ у 39/38,2 % больных, на задней — у 35/34,3 %, на передней стенке — у 16/15,7 % и на левой — у 12/11,8 %. Длина разрывов варьировала от 0,4 до 2,7 см. Дефекты располагались в пределах: слизистого слоя (I стадия) — у 40/39,2 % пациентов, слизисто-подслизистой основы (II стадия) — у 57/55,9 % и глубокие разрывы с повреждением мышечного слоя (III стадия) — лишь у 5/4,9 %. СМВ IV стадии мы не встретили. По характеру кровотечения: продолжающееся кровотечение было выявлено у 10/9,8 % пациентов; признаки неустойчивого гемостаза (тромбированный сосуд или фиксированный сгусток) встречались у 57/55,9 % и признаки состоявшегося кровотечения (видимые пятна гематина) отмечены у 35/34,3

% больных. В группе наблюдения (52 чел.) активное кровотечение вначале останавливали инфльтрационным или коагуляционным методом, а затем для повышения надежности гемостаза и профилактики рецидива кровотечения на область разрыва с помощью инсуффлятора наносили порошкообразный желпластан в количестве 0,2 г с расстояния 1,0 см от дефекта с последующей инсуффляцией сефадекса марки G-25 в количестве 0,3 г с расстояния 1,5 см от дефекта (патент на изобретение № 2633925, РФ). При этом на поверхности кровоточащих дефектов образовывался защитный нерастворимый гидрогелевый слой, обладающий гемостатическими и цитопротективными свойствами. Этот гидрогелевый гемостатический состав, благодаря своим адгезивным свойствам, плотно лежал на кровоточащем дефекте и защищал его от воздействия агрессивного желудочного сока, создавая при этом условия для активного протекания репаративных процессов в ране. В группе контроля (50 чел.) применяли традиционные способы эндоскопического гемостаза (обкалывание кровоточащего дефекта сосудосуживающими препаратами, АКК, электрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция и др.) без применения местных гемостатиков и сорбентов. Больные обеих групп в комплексной терапии получали ингибиторы протонной помпы (омепразол, омез, нексиум), антациды, гемостатическую, инфузионно-трансфузионную, симптоматическую терапию.

Вывод. Инсуффляция желпластана в сочетании с сефадексом G-25 при СМВ в комплексе со средствами консервативной медикаментозной терапии привела к снижению частоты возобновления кровотечения с 12,0 % до 1,9 % ($p < 0,05$) и сокращению сроков госпитализации в 1,6 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Хирургическая анатомия пищеводно-желудочного перехода в аспекте развития синдрома Меллори–Вейсса* / Ю. В. Малеев [и др.] // Весенние анатомические чтения : сб. ст. науч.-практ. конф., посвящ. памяти доц. М. А. Колесова, г. Гродно, 27 мая 2016 г. / редкол. : Е. С. Околокулак (отв. ред.), Ф. Г. Гаджиева. Гродно : ГрГМУ, 2016. С. 138–144.
2. *Особенности локализации разрывов при синдроме Меллори–Вейсса* / Е. Ф. Чередников [и др.] // Достижения и инновации в современной морфологии : сб. тр. науч.-практ. конф. с международным участием, посвящ. 115-летию со дня рожд. академика Д. М. Голуба : в 2 т. / под ред. П. Г. Пивченко, Н. А. Трушель. Минск, 2016. Т. 2. С. 212–215.
3. *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.
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. *Experimental justification of using aseptisorb-A and platelet-rich plasma in endoscopic treatment of mold bleeding stomach defects* / E. F. Cherednikov [et al.] // International Journal of Biomedicine. 2017. Vol. 7, N 4. P. 298–301.