

П. С. Неверов, Е. С. Левша

МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА, ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье приведены результаты ретроспективного анализа медицинских карт 138 пациентов с желудочно-пищеводным разрывно-геморрагическим синдромом (синдром Меллори-Вейса, СМВ). Чаще всего возникновению кровотечения предшествовало злоупотребление алкоголем (63,77%). Отмечено сочетание СМВ с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) (29,7%), а также заболеваниями печени и желчных путей, язвенной болезнью, геморрагическим гастритом. Рецидив кровотечения развился в 5,07% случаев. Шкала Rockall более информативна при определении риска развития рецидива кровотечения при СМВ по сравнению со шкалой Blatchford. Социальная значимость данной патологии определяется развитием СМВ у пациентов трудоспособного возраста, а также значительными затратами на их лечение.

Ключевые слова: синдром Меллори-Вейса, рецидив кровотечения, прогнозирование, затраты.

P. S. Neverov, E. S. Liausha

ASSESSMENT OF RISK OF RECURRENCE OF BLEEDING IN MALLORY-WEISS SYNDROME WITH ITS DEFINITION OF MEDICAL AND SOCIAL SIGNIFICANCE

The experience of a retrospective analysis of the medical records of 138 patients with gastroesophageal hemorrhage syndrome (Mellory-Weiss syndrome, MWS) is presented. Often all began with alcohol (63.77%). MWS was combined with gastroesophageal reflux disease (GERD) (29.7%), diseases of the liver and biliary tract, peptic ulcer, hemorrhagic gastritis. Relapse of the bleeding have had occurred in 5.07% of cases. Rockall scale is more informative in determining the risk of rebleeding suffering MWS than scale of Blatchford. The social significance of this disease is determined for the presence of MWS in patients of working age and significant costs for their treatment.

Key words: Mallory Weiss syndrome (MWS), rebleeding, forecasting, cost.

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) продолжают оставаться сложной клинической проблемой современной гастроэнтерологии. Это связано как с увеличением общего числа больных с данной патологией, так и с увеличением частоты встречаемости неязвенных кровотечений, среди которых ведущим является желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром. СМВ относится к числу неотложных состояний в абдоминальной хирургии и проявляется кровотечением различной интенсивности из остро возникших продольных разрывов слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода и кардии желудка. В 1879 году Guinka впервые описал признаки данной патологии, а в 1929 году K. Mellory и S. Weis подробно изучили синдром, который впоследствии был назван их именами. В этиологии и патогенезе СМВ остаётся много невыясненных вопросов, однако принято считать, что разрывы стенки дистального отдела пищевода, пищеводно-желудочного перехода происходят в результате избыточного внутрижелудочного и внутрибрюшного давления, развива-

ющееся по закону Лапласа, при этом возникает дисфункция кардиального и пилорического отделов желудка, последующая рвота, пароксизмы кашля и астматический статус [4–6]. Большинство специалистов признают, что разрывно-геморрагический синдром возникает после рвоты или частых позывов на рвоту, обусловленную различными причинами: злоупотребление алкоголем (наиболее часто), мигрень, беременность, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), заболевания печени и желчных путей, язва желудка, приём лекарственных препаратов [1, 5]. 30–40 лет назад данное заболевание наблюдалось в единичных случаях. Существенное увеличение пациентов с СМВ связано с внедрением эндоскопического метода исследования, до широкого использования которого причина желудочно-кишечных кровотечений оставалась невыясненной. По литературным данным острые кровотечения, связанные с развитием разрывно-геморрагического синдрома, развиваются в 5–17% случаев среди причин развития кровотечений из верхних отделов ЖКТ [4].

Современные способы лечения позволяют добиться первичного гемостаза консервативными методами у 90–95% больных (эндоскопический гемостаз, фармакотерапия, восполнение кровопотери) [3]. При проведении фиброгастродуоденоскопии кровотечение может быть остановлено различными способами, включающими введение гемостатических препаратов инъектором, коагуляцию с применением электрохирургических высокочастотных генераторов, лазера, аргоноплазменной установки, орошением кровоточащей зоны, различными кровоостанавливающими, пленкообразующими средами. При неэффективности данных методов лечения требуется проведение оперативного вмешательства, что обуславливает высокий уровень летальности, достигающий от 10 до 60%, по разным статистическим источникам [4].

Лечебная тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях главным образом основана на оценке риска рецидива кровотечения [2]. Пациентам с высоким риском рецидива кровотечения при СМВ необходимо интенсивное лечение и тщательное наблюдение, с низким – обследование и выписка из стационара в сжатые сроки [2, 7]. Неоправданного выжидания и необоснованного оперативного вмешательства позволяет избежать достоверный прогноз возможности развития рецидива кровотечения [3]. Решение данного вопроса требует создание и внедрение в практику систем и шкал, позволяющих прогнозировать исход заболевания.

В настоящее время для оценки риска рецидива кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта применяются шкалы Rockall и Blatchford. Шкала Rockall включает клинические (признаки шока, сопутствующие заболевания, возраст) и эндоскопические (признаки недавнего кровотечения, причину гастродуоденального кровотечения) критерии, при этом каждый оценен в баллах. Сумма баллов варьирует в пределах от 0 до 11. При баллах 0–2: минимальный риск рецидива <6%, летальность <2%. При баллах 3–7: высокий риск рецидива ≤39%, летальность ≤39%. При баллах ≥8: критическое состояние, риск рецидива ≥40%, летальность ≥40% [2].

Шкала Blatchford основана на оценке клинических (артериальное давление, пульс, потеря сознания, наличие мелены, печёночная и сердечная недостаточность) и лабораторных (уровень мочевины и гемоглобина) данных. Сумма баллов варьирует в пределах от 0 до 23. Плохим прогностическим признаком является значение 10 баллов и более [2].

Цель исследования: Установить факторы, определяющие медицинскую и социальную значимость синдрома Меллори-Вейса на основании ретроспективного анализа 138 историй болезни пациентов, получавших лечение на базе центра гастродуоденальных кровотечений УЗ «10 ГКБ г. Минска» в 2013 году.

Задачи:

1. Проанализировать причины, приводящие к развитию СМВ.
2. Определить возможность применения шкал Blatchford, Rockall для определения риска развития рецидива СМВ.
3. Оценить экономические затраты на лечение пациентов с СМВ.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 138 историй болезни пациентов, получавших лечение в центре гастродуоденальных кровотечений УЗ «10 ГКБ г. Минска» в 2013 году. Для оценки риска развития рецидива кровотечения при СМВ были использованы шкалы Blatchford и Rockall. Статистическая обработка информации проводилась с применением программных пакетов Microsoft Excel 2010, Statistica 6.1.

Результаты и обсуждение

В центре гастродуоденальных кровотечений УЗ «10 ГКБ г. Минска» в 2013 г. (с января по ноябрь) пролечено 138 пациентов с СМВ, что составило 12,06% от всех пациентов, госпитализированных в стационар по поводу кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Следует отметить, что СМВ наиболее часто встречающаяся патология среди всех неязвенных кровотечений верхних отделов пищеварительного тракта. Мужчин было 109 (79%), женщин – 29 (21%). По возрасту пациенты распределились следующим образом: 20–39 лет – 54 (39%), 40–59 лет – 65 (47%), старше 60 лет – 19 (14%). Средний возраст пациентов составил $44 \pm 14,34$ года ($M \pm \delta$).

В ходе исследования было выявлено, что в 63,77% наблюдений возникновению кровотечения предшествовало злоупотребление алкоголем, часто пациенты находились в длительном запое (52; 64,19%). У всех пациентов с рецидивом кровотечения установлен алкогольный генез СМВ. В 15,22% случаев была обнаружена гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) с ГПОД. Недостаточность кардии с эзофагитом (без ГПОД) выявлена в 9,4% случаев. Сочетание СМВ с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК) наблюдалось у 20% больных, с геморрагическим гастритом – у 8%, с гепатитом – у 22%, с панкреатитом – у 12%, с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) – у 10%. Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания встречались у 38,41% пациентов. Таким образом, у большинства пациентов (24,62%) имелись признаки ГЭРБ. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Пациенты с СМВ были разделены на 2 группы. В первую вошли пациенты без рецидива, во вторую – с рецидивом кровотечения. В первой группе преобладали пациенты с легкой (62%) и средней (27%) степенью

Таблица 1. Сопутствующие заболевания

Нозологическая форма	абс.	%
ГЭРБ (с или без ГПОД)	41	24,62
Гепатит	30	21,74
Язва желудка и ДПК	28	20,29
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	21	15,22
Хронический панкреатит	17	12,32
ЖКБ	14	10,14
Дуодено-гастральный рефлюкс	12	8,7
Геморрагический гастрит	11	7,97
Хронический холецистит	7	5,07
Цирроз печени	2	1,45

Оригинальные научные публикации

кровопотери, в то время как у пациентов второй группы тяжелая степень кровопотери отмечена у 43%.

Всем пациентам с признаками желудочно-кишечного кровотечения выполнялась неотложная лечебная эзофагогастродуоденоскопия, во время которой выявлялся источник кровотечения, уровень местного гемостаза по Forrest, при продолжающемся или нестабильно остановившемся кровотечении проводилась эндоскопическая гемостаза. У 45 пациентов первой группы (34%) имело место продолжающееся кровотечение (F-I-A – 10,85%), у 27% пациентов имелся спонтанный нестабильный гемостаз (F-II-A и F-II-B). Полученные результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. Уровень местного гемостаза при СМВ

Тип кровотечения по Forrest	1-я группа (n = 131)	2-я группа (n = 7)
F-I-A	14 (10,85%)	3 (42,86%)
F-I-B	29 (22,48%)	3 (42,86%)
F-I-C	1 (0,78%)	1 (14,29%)
F-II-A	5 (3,88%)	0
F-II-B	30 (23,26%)	0
F-II-C	48 (37,21%)	0
III	2 (1,55%)	0

Пациенты второй группы чаще поступали в больницу с активным продолжающимся кровотечением (85,71%), наличием почечной (14,29%) и печеночной (42,86%) дисфункции, что потребовало проведения интенсивной терапии и восполнения объема циркулирующих эритроцитов и факторов свертывания крови у 79 пациентов (57%) (в первой группе – в 34% случаев). Инъекционный гемостаз 0,5% этоксисклеролом (или 70% р-ром спирта + 0,18% р-ром адреналина) был проведен у 91 (66%) пациентов. Выполнено 4 процедуры эндоскопического клипирования.

В исследовании была определена возможность применения шкал Blatchford и Rockall для оценки риска развития рецидива при СМВ. По шкале Blatchford в первой группе сумма баллов составила $6,1 \pm 0,37$ ($M \pm m$), во второй $5,9 \pm 1,75$. При этом различия между группами оказались статистически недостоверны (U критерий Манна-Уитни = 432,0; $p = 0,81$). По шкале Rockall различия между первой и второй группами были статистически достоверны: $3,4 \pm 0,21$ и $5,0 \pm 0,58$ соответственно, $U = 246,5$; $p = 0,038$. Таким образом, шкала Blatchford не позволила адекватно оценить риск развития рецидива кровотечения при СМВ, в отличие от шкалы Rockall.

119 (86%) пациентов, получавших лечение в стационаре, были трудоспособного возраста. Из них 51 (36,9%) пациент не имел постоянного места работы. С другой стороны, среди всех безработных, 76,47% были трудоспособными, что подтверждает социальную значимость данной патологии. В 62% наблюдений возникновению кровотечения предшествовало злоупотребление алкоголем.

Также одной из задач исследования являлась оценка экономических затрат на лечение пациентов с СМВ. Общие расходы на лечение таких пациентов составили 711 020 597 белорусских рублей. На лече-

ние неработающих лиц потрачено 249 528 429 белорусских рублей, из них 70 309 911 белорусских рублей расходовано на лечение в отделении интенсивной терапии по поводу развившихся психотических расстройств.

Выводы

1. Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром чаще всего развивался при наличии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (24,62%), реже на фоне заболеваний печени и желчевыводящих путей, язвы желудка и ДПК, геморрагического гастрита.

2. На вероятность развития рецидива кровотечения оказывали влияние тяжесть кровопотери, наличие почечной и печеночной дисфункций, уровень местного гемостаза по Forrest, наличие и длительность алкогольного анамнеза.

3. Было выявлено, что прогностическая шкала Rockall позволяет более точно оценить риск развития рецидива кровотечения при СМВ, в то время как шкала Blatchford демонстрирует недостаточную информативность при данной патологии.

4. СМВ является серьезной социальной проблемой, так как в 62% наблюдений возникновению кровотечения предшествовало злоупотребление алкоголем, при этом 36,9% пациентов с данным синдромом были безработными, а затраты на их лечение составили 249 528 429 белорусских рублей.

Литература

1. Применение эндоскопического радиоволнового воздействия на источник кровотечения при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Меллори-Вейса / Р. Б. Мумладзе, Ю. Ш. Розиков, А. С. Соловьёв и др. // *Анналы хирургии*. – 2007. – № 5. – С. 29–32.
2. Прогнозирование рецидива кровотечения у пациентов при остром язвенном гастродуоденальном кровотечении / Е. А. Ярошенко, В. И. Диденко, В. И. Ципко и др. // *Клиническая хирургия*. – 2013. – № 6. – С. 11–14.
3. Лебедев, Н. В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / Н. В. Лебедев, А. Е. Климов, Т. В. Бархударова // *Хирургия. Журнал им. Пирогова*. – 2009. – № 2. – С. 32–34.
4. Синдром Меллори-Вейса и эрозивно-геморрагический гастрит как причина острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / П. В. Гарелик, А. А. Польшинский, О. И. Дубровщик и др. // *Журнал ГрГМУ*. – 2009. – № 2. – С. 206–209.
5. Этиология и патогенез синдрома Меллори-Вейса / Ш. В. Тимербулатов, М. В. Тимербулатов, Р. Б. Сагитов и др. // *Хирургия. Журнал им. Пирогова*. – 2010. – № 10. – С. 42–45.
6. Mallory-Weiss tear during gastric endoscopic submucosal dissection / Hiroki Hongou [et al.] // *World J Gastrointest Endosc*. – 2011. – Vol. 3, № 7. – P. 151–153.
7. The Blatchford score is an useful index in the management of Mallory-Weiss tear and gastrointestinal bleeding: experience from an urban community hospital / Banerjee S. [et al.] // *Acta Gastroenterol Belg*. – 2012. – Vol. 75, № 4. – P. 432–437.

Поступила 24.10.2014 г.