

Чередников Е. Ф., Малеев Ю. В., Литовкина Т. Е., Баткаев А. Р.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАЗРЫВОВ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ–ВЕЙССА

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко
Минздрава Российской Федерации*

В структуре кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) кровотечения неязвенного генеза составляют 44,1 % [1–5]. В течение последних 17 лет число больных с гастродуоденальными кровотечениями неязвенной природы увеличилось в 1,5 раза с общей летальностью 12,3 % и не имеет тенденции к снижению [2–5]. В настоящее время наиболее частой причиной, обуславливающей возникновение ЖКК неязвенного генеза, является разрывно-геморрагический синдром — синдром Меллори–Вейсса (СМВ) (27,2 %) [2, 4, 5].

Цель: определить количество (одиночные, множественные) и локализацию (абдоминальная часть пищевода, место перехода пищевода в желудок, желудок и его дно) разрывов у пациентов с СМВ.

При фиброгастроскопическом исследовании у 237 больных с СМВ в условиях Воронежского городского специализированного центра по лечению больных с острыми ЖКК было выявлено 306 дефектов. У мужчин диагностировался 271 разрыв, а у женщин — 35. Анализ частоты возникновения различного количества разрывов при разрывно-геморрагическом синдроме у лиц противоположного пола позволил выявить следующие закономерности. Чаще всего наблюдался

одиночный дефект как у мужчин (159/76,4 %), так и у женщин (24/82,8 %). Два разрыва у мужчин наблюдалось в 4,5 раза реже (35/16,8 %), чем одиночный разрыв, а у женщин — в 6 раз (4/13,8 %) соответственно. В незначительном количестве случаев у лиц обоего пола выявлялись три разрыва: у мужчин — 14/6,7 %, а у женщин — 1/3,4 %. Использование χ^2 -критерия Пирсона для анализа сопряженности параметров показало отсутствие половых различий в частоте возникновения одиночного и множественных (два и три) разрывов ($\chi^2 = 0,77$ при числе степеней свободы $\nu = 2$ и уровне значимости $p = 0,05$). Таким образом, у лиц обоего пола одиночные дефекты встречались в 3,4 раза чаще, чем множественные (два и три разрыва), в связи с чем можно сделать вывод о преобладании возникновения одиночных разрывов при СМВ. Длина разрывов варьировала от 0,1 до 6 см, ширина — от 0,1 до 0,6 см, глубина — от 0,1 до 0,4 см.

У всех больных дефекты имели вертикальное расположение. В табл. 1 представлены данные о верхнем и нижнем месте локализации разрыва: абдоминальная часть пищевода (пищевод – пищевод), на границе перехода пищевода в желудок (пищевод – желудок), кардиальный отдел желудка (желудок – желудок).

Таблица 1

Распределение продольных разрывов по локализации верхнего и нижнего места дефекта при разрывно-геморрагическом синдроме (абс./%)

Пол	Пищевод – пищевод	Пищевод – желудок	Желудок – желудок	Итого
Мужчины	79/29 %	184/68 %	8/3 %	271/100 %
Женщины	13/37 %	22/63 %	–	35/100 %
Итого	92/30 %	206/67 %	8/3 %	306/100 %

При последующем анализе локализации всех наблюдаемых разрывов в эзофагокардиальном отделе ЖКТ выявлено, что у лиц обоего пола наиболее часто верхняя точка разрыва находится в абдоминальной части пищевода, а нижняя — в желудке, то есть в месте перехода пищевода в желудок. Так, у мужчин данный показатель составляет 68 %, а у женщин — 63 % (табл. 1). Локализация дефекта только лишь в пределах абдоминальной части пищевода составила у мужчин всего лишь 29 %, а у женщин — 37 %. Разрывов местоположением только в желудке у женщин не встретились ни разу, а у мужчин — лишь в 3 % случаев (табл. 1).

Использование χ^2 -критерия Пирсона для анализа сопряженности параметров табл. 1 показало отсутствие половых различий в частоте распределения продольных разрывов по органной локализации в пределах пищеварительного тракта при СМВ ($\chi^2 = 1,8$ при числе степеней свободы $\nu = 2$ и уровне значимости $p = 0,05$). Таким образом, у лиц обоего пола наиболее часто верхняя точка разрыва находится в абдоминальной части пищевода, а нижняя — в кардиальной части желудка ($67,0 \pm 5,0$ %) при $p < 0,05$.

Сектор — часть круга между двумя радиусами и дугой между ними [1, 3, 4, 5]. Сектором стенки пищеводно-желудочной зоны мы считаем фрагмент на расстоянии 1,5 см сверху и снизу от кардиального отверстия пищевода, находящийся между двумя взаимно перпендикулярными плоскостями, проходящими через ось цилиндра пищеварительной трубки под углом 45° к сагиттальной и фронтальной плоскостям в условиях аппроксимации места перехода пищевода

в желудок к цилиндру, а его наружной поверхности на поперечном сечении — к кругу. При этом длина окружности каждого сектора соответствует углу 90°. При анализе пространственного расположения вертикального разрыва в пределах 4 изучаемых секторов пищеварительного канала (переднего, правого, заднего, левого) без учета органной локализации, получены данные, представленные в табл. 2. Использование χ^2 -критерия Пирсона показало отсутствие половых различий в частоте распределения продольных разрывов по изучаемым секторам ($\chi^2 = 3$ при числе степеней свободы $\nu = 3$ и уровне значимости $p = 0,05$).

Таблица 2

Расположение разрывов по секторам у пациентов с СМВ (абс./%)

Пол	Сектор локализации разрывов				Итого
	передний	правый	задний	левый	
Мужской	47/17,3 %	98/36,2 %	96/35,4 %	30/11,1 %	271/100 %
Женский	7/20,0 %	17/48,6 %	8/22,8 %	3/8,6 %	35/100 %
У лиц обоего пола	54/17,6	115/37,6	104/34,0	33/10,8	306/100

У лиц обоего пола разрывы как в правом, так и в заднем секторах выявлялись в 2 раза чаще, чем в переднем и в 3 раза чаще, чем в левом (табл. 2). При этом локализация дефекта в задне-правой полуокружности пищеводно-желудочной зоны составила $71,6 \pm 4,5$ % наблюдений, а в передне-левой в 2,5 раза реже — $28,4 \pm 5,0$ % (табл. 2).

Использование χ^2 -критерия Пирсона показало отсутствие половых различий в частоте распределения разрывов в секторах при их различной органной локализации: абдоминальная часть пищевода (пищевод – пищевод) — $\chi^2 = 3,1$ при числе степеней свободы $\nu = 3$ и уровне значимости $p = 0,05$; на границе перехода пищевода в желудок (пищевод – желудок) — $\chi^2 = 5$ при числе степеней свободы $\nu = 3$ и уровне значимости $p = 0,05$ (табл. 3). В плане органной локализации данная закономерность преимущественного расположения линейных разрывов в правом и заднем секторах более всего проявляется на границе перехода пищевода в желудок у лиц обоего пола.

Таблица 3

Локализация разрывов в эзофагокардиальном отделе пищеварительного тракта при различном положении дефекта (абс./%)

Пол	Локализация верхнего и нижнего места повреждения				
	Пищевод – пищевод				
	Сектор поражения				
	передний	правый	задний	левый	Итого
Мужской	19/24 %	25/32 %	24/30 %	11/14 %	79/100 %
Женский	2/15,4 %	6/46,1 %	5/38,5 %	–	13/100 %
	Пищевод – желудок				
Мужской	28/15,2 %	69/37,5 %	69/37,5 %	18/9,8 %	184/100 %
Женский	5/22,7 %	11/50 %	3/13,65 %	3/13,65 %	22/100 %
	Желудок – желудок				
Мужской	–	4/50 %	3/37,5 %	1/12,5 %	8/100 %
Женский	–	–	–	–	–

Дефекты только в пределах кардиальной части желудка встретились лишь в 8 случаях у мужчин, что не позволяет сделать достоверно статистически значимых выводов о половых особенностях локализации стороны поражения при данной органной локализации разрывов (табл. 3).

Вывод. Проведенное исследование позволяет констатировать: расположение разрывов при синдроме Меллори–Вейсса в месте перехода пищевода в желудок имеет преимущественно вертикальное направление, а в горизонтальной плоскости — в правом и заднем секторах ЖКТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Закономерность* развития разрывно-геморрагического синдрома у человека (синдрома Меллори–Вейсса) : Диплом РАЕН № 324 на открытие / Е. Ф. Чередников [и др.] ; Воронеж. гос. мед. академия им. Н. Н. Бурденко. № А-410. Заявл. 17.07.2006 ; опубл. 25.01.2007.

2. *Лечение* больных с пищеводно-желудочными кровотечениями в условиях работы специализированного центра / Е. Ф. Чередников [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2012. Т. 5, № 4. С. 691–704.

3. *Новый* подход к механизму образования разрывов при синдроме Меллори–Вейсса / Е. Ф. Чередников [и др.] // Вестник Воронежского государственного университета. Серия «Химия. Биология. Фармация». 2005. № 1. С. 156–165.

4. *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. С. 86–98.

5. *The role of etiopathogenetic aspects in prediction and prevention of discontinuous hemorrhagic (Mallory–Weiss) sendrome* / E. F. Cherednikov [et al.] // EMPA Journal. 2016. Vol. 7. P. 7.

Cherednikov E. F., Maleev Y. V., Litovkina T. E., Batkaev A. R.

Features of localization of ruptures in the Mallory–Weiss syndrome

Voronezh N. N. Burdenko State Medical University, Russia

The number, localization and size of ruptures in the Mallory–Weiss syndrome (237 patients) in Voronezh city specialized center for the treatment of patients with acute gastrointestinal bleeding were studied in details.

Key words: discontinuous-hemorrhagic (Mallory–Weiss) syndrome, esophageal-gastric transition, localization, size, hemorrhage.