

ПРОГНОЗУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РАННІХ РЕЦИДИВІВ КРОВОТЕЧ ПРИ СИНДРОМІ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Фомін П.Д., Тихоненко В.М., Ананко О.А., Козлов С.М.

Національний медичний університет, м.Київ

Синдром Меллорі-Вейса (СМВ) - шлунково-кишкова кровотеча (ШКК), джерелом якої є розриви слизової езофагокардіального переходу, що виникають внаслідок багаторазової блювоти, найчастіше на тлі попередньої алкогольної інтоксикації. Питома вага його на протязі тривалого часу становила 4-5% [1, 3], а за останні роки цей показник зріс практично вдвічі, та за даними різних авторів, становить, в середньому, 7-10% [2,5]. СМВ відносять до "рецидивуючих" захворювань- за даними авторів, які спостерігали за своїми пацієнтами тривалий (до 10 років) час, рецидив спостерігався у кожного 10-го хворого [3]. Це твердження також є справедливим й відносно рецидивів кровотечі, що виникали на протязі знаходження хворих в клініці.

Не дивлячись на відносно невелику питому вагу ранніх рецидивів кровотеч (РПК) (в нашій клініці вони розвинулись в 21 (2,2%) з 952 хворих) при СМВ у порівнянні із іншими ШКК (15-20% при виразкових кровотечах [4]), не можна не дооцінювати їх небезпеку. Адже найбільшому ризику розвитку РПК підлягають хворі з важким та середнім ступенями крововтрати - якщо при кровотечі помірного ступеню рецидив розвинувся лише в 0,7% хворих, то серед хворих з крововтратою середнього ступеню він зростає до 4,7%, а важкою - до 5,9% випадків. Поглиблюючи тим самим важкість геморагічного шоку, такі кровотечі, в свою чергу, ще більше підсилюють ризик повторної геморагії, що не залишає хірургам остаточного вибору та примушує

набігати до край ризикованого в таких випадках оперативного втручання (всі операції з приводу СМВ в клініці були проведені на висоті кровотечі, що рецидивувала). Лікування рецидивів кровотечі в неоперованих хворих, проводиться за прийнятими в клініці принципами: для стабілізації гемодинаміки (падінням якої супроводжувалися всі рецидиви кровотеч) поновлювалася інтенсивна інфузійно-трансфузійна терапія, після чого проводилася ендоскопічна зупинка кровотечі. У всіх випадках вона була комбінованою (діатермокоагуляція із зрошенням ліфузоєм або капрофером), причому в 3-х випадках набігати до нього доводилося двічі, а в одному- тричі. Природно, що для прогнозування ризику розвитку рецидиву кровотечі необхідно звернути увагу на найбільш закономірні для цієї групи хворих особливості: строки рецидивування, характерну ендоскопічну картину, особливості гемостазу в зоні розриву, важкість кровотрати тощо. Під час вивчення всіх випадків рецидивів кровотечі були отримані такі дані:

- Строки рецидивування. Переважна більшість рецидивів розвинулася на протязі 6 годин після першого ендоскопічного дослідження, тоді як найвіддаленіші строки рецидивування - 3-я доба (хворий самостійно залишив відділення, повторно був доставлений в стані важкої алкогольної інтоксикації, на тлі якої й розвинувся рецидив кровотечі). Розподіл хворих за строками наступлення рецидиву кровотечі:

Розподіл хворих за строками наступлення РПК

СТРОКИ	до 6 годин	7-12 годин	13-24 години	більше доби
КІЛЬКІСТЬ	12 (57,1%)	4 (19,2%)	2 (9,5%)	3 (14,2%)

Таким чином, небезпека розвитку рецидиву кровотечі зберігається на протязі перших 3-х діб, а найбільша його вірогідність існує на протязі перших 6-ти годин.

-Важкість крововтрата. Як опинилося, ведучу роль у формуванні схильності до розвитку РПК грає

важкість крововтрата: при порівнянні хворих із РПК із контрольною групою (рандомізована за віком та статтю група хворих із СМВ без РПК) виявлено, що питома вага хворих із важким та середнім ступенями крововтрата значно вища в першій групі:

Таблиця 2

Порівняння важкості крововтрата серед хворих з РПК та без РПК

Ступінь крововтрата	Хворі із РПК (n=21)	Контр. група (n=50)
Помірна	23,8%	72,8% **
Середня	37,1%	16,3% *
Важка	38,1%	10,9% *

* - $p < 0,01$; ** - $p < 0,05$

Видно, що ризик розвитку РПК у хворих із середньою та важкою крововтратою значно зростає.

Характер гемостазу. Аналогічні особливості були з'ясовані й при аналізі картини гемостазу в зоні розриву. Так, порівняно з відносно невисокою частістю рецидивування в цілому звертає на себе увагу висока питома вага РПК в групі хворих, у яких кровотеча на момент огляду тривала - з 208 хворих з такою картиною кровотеча з розриву поновилася у 18 (9,3%) випадках, не дивлячись на те, що завдяки мірам ендоскопічного гемостазу під час первинної ендоскопії кровотечу вдавалося зупинити. Та, навпаки, ні в одного хворого із ендоскопічно верифікованим стабільним або відносно стабільним (в зоні розриву коричневий наліт або тромбована судина) кровотеча не поновлювалася.

Локалізація розриву. Ще одним важливим фактором, що впливає на ймовірність розвитку РПК при СМВ, є ендоскопічна характеристика (розташування розривів). Вивчення даних ендоскопії у хворих із РПК дозволило виявити наступні особливості - ні разу не рецидивувала кровотеча із розривів кардіальної локалізації, питома вага "стравохідної" локалізації в таких хворих є ідентичною такій у контрольній групі пацієнтів. Значно відрізняється тільки питома вага серед усіх рецидивів розривів "перехідної" локалізації та, зокрема, правої стінки езофагокардіальної зони. Природно, що така локалізація потребує найбільш прискіпливої уваги на предмет розвитку РПК. Звідси, найбільш вагомими у

відношенні вірогідності рецидиву кровотечі з розриву є такі критерії (розташовані по мірі зменшення):

1. Характер гемостазу.
2. Важкість крововтрата.
3. Локалізація розриву.

Навіть наявність однієї з цих ознак (кровотеча з розриву, що триває, крововтрата важкого або середнього ступенів, локалізація тріщини на правій стінці езофагокардіального переходу) повинна насторожувати хірурга у відношенні розвитку у такого хворого РПК, тим більше небезпечним є поєднання двох та, навіть, трьох таких критеріїв. Порівняльний аналіз частоти інших ознак, що, можливо, впливають на вірогідність розвитку РПК не виявив якої-небудь залежності від таких факторів як анамнез захворювання, вік, стать хворих, розміри та кількість розривів слизової оболонки. Звідси витікає, що обов'язковою умовою профілактики РПК є більш уважне відношення до хворих із вищевказаними особливостями протікання СМВ, обов'язкове проведення в них ендоскопічного гемостазу, інтенсивної інфузійно-трансфузійної та гемостатичної терапії, постановка декомпресійного назогастрального зонду (мінімальний строк постановки зонду в таких хворих з урахуванням строків рецидивування - 3 доби), який дозволяє не тільки попередити підвищення внутрішньошлункового тиску, але й контролювати гемостаз у тріщинах слизової оболонки.

Рис.2. Створений тонсто-товстокишковий анастомоз

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений.-К.:Здоров'я, 1991.-272 с.
2. Королев М.П. Лечебная тактика при кровоточащих острых гастродуоденальных язвах и синдроме Мэллори-Вейсса// Вестник хирургии.-1997. - Т. 156.- №2.- С.39-42.
3. Курьгин А.А., Румянцев В.В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии. Л.:Гиппократ, 1992.-24с.
4. Jaramillo J.L. Galvez C.Carmona C. et al. Prediction of further hemorrhage in bleeding peptic ulcer.// American Journal of Gastroenterology.-1994.- Vol. 89.- N12.-p.2135-2138.
5. Shina S. Mallory S. Mallory-Weiss syndrome// Nippon Naika Gakkai Zasshi.- 1994.- Aug.- N8.- P.57-59.

РЕЗЮМЕ

Прогнозирование, профилактика и лечение ранних рецидивов кровотечений при синдроме Меллори-Вейсса

Фомин П.Д., Тихоненко В.М., Ананко О.А., Козлов С.М.

На основании практического лечения пациентов был сделан вывод, что наиболее важным в отношении возможности рецидива кровотечения из разрыва являются следующие критерии: 1) характер гемостаза; 2) степень потери крови; 3) локализация разрыва.

SUMMARY

Prognosis, prophylactics and treatment of the early recurrences of bleeding in case of the Melory-Weisse syndrome

P.D. Fomin, V.M. Tyhonenko, O.A. Ananko, S.M. Kozlov

On the basis of practical treatment of patients the conclusion was made that the most important in respect of the possibility of the recurrency of bleedings from the rapture are the following criteria: 1) the character of hemostasis; 2) the degree of the blood loss; 3) localisation of the rapture.