

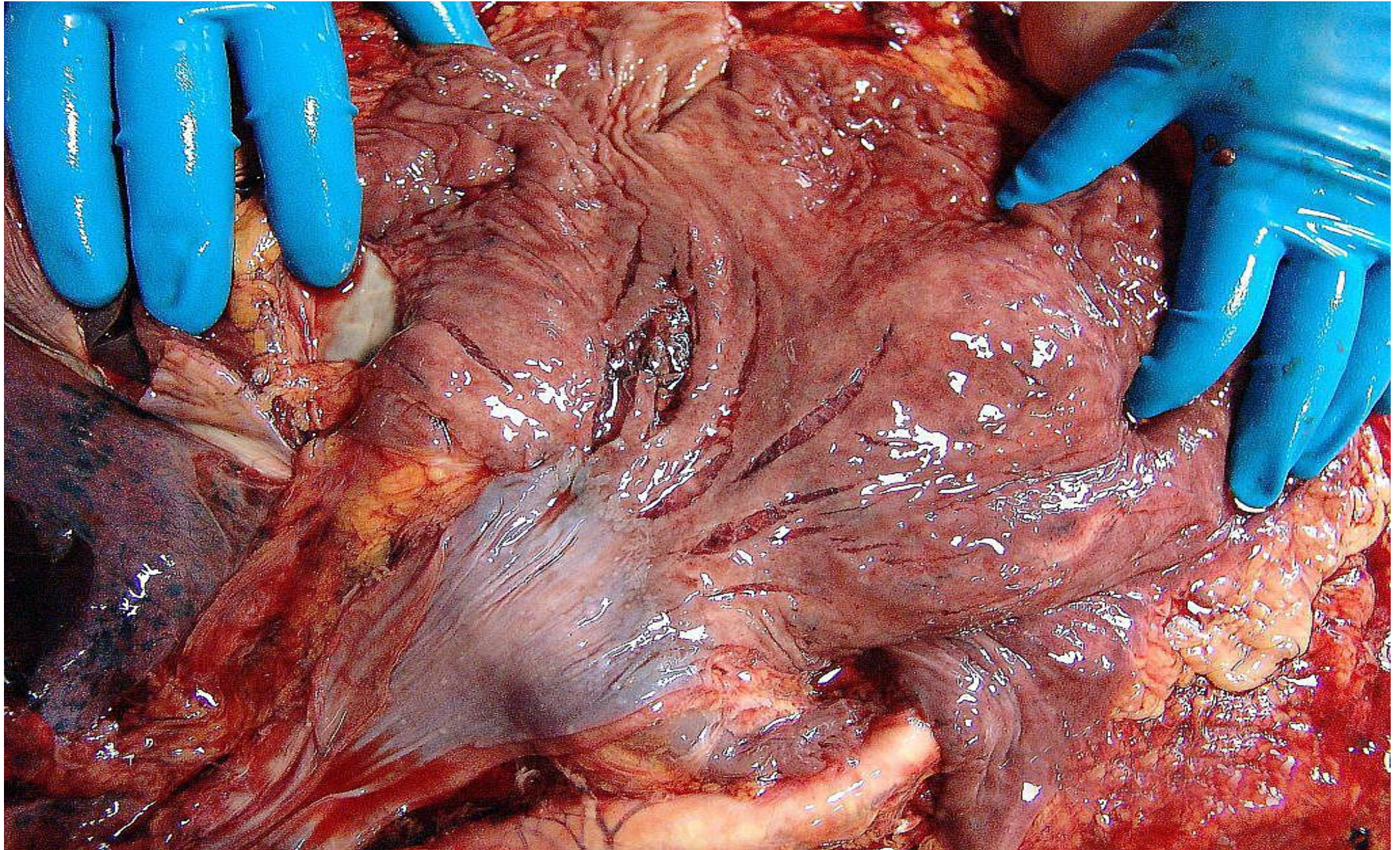
# Синдром Меллори-Вейса

Кафедра госпитальной терапии РУДН

2020г.

# Синдром Мэллори-Вейса

- Син. Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром (K22.8)
- Синдром Мэллори-Вейса – остро возникающее заболевание, которое проявляется выраженным желудочно-пищеводным кровотечением из остро возникших продольных разрывов слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка



# Этиология и патогенез

- Основной реализующей причиной острых разрывов слизистой оболочки желудочно-пищеводного перехода является внезапное повышение внутрибрюшного и внутрижелудочного давления с возникновением дисфункций кардиального и пилорического сфинктеров, возникающей последующей рвотой.
- Возникновение синдрома Мэллори-Вейса всегда базируется на фоне таких заболеваний, как хроническая и острая алкогольная интоксикация, заболевания желудка (язвенная болезнь, хронический гастрит), ГЭРБ, ГПОД, заболевания печени.

# Этиология и патогенез

- В результате перечисленных заболеваний в зоне кардио-эзофагеального перехода развиваются патоморфологические изменения в виде утолщения стенок артерий подслизистого слоя, расширение вен подслизистого слоя и разрастание фиброзной ткани в мышечном слое
- Развивающиеся изменения снижают устойчивость слизистой оболочки кардиоэзофагеальной зоны к внезапному повышению внутрибрюшного давления и возникновению СМВ. Производящими факторами могут быть многократная рвота, повторные зондирования желудка, ЭФГДС

# Факторами риска выступают

- хронические воспалительные заболевания верхнего отдела пищеварительного тракта (эзофагит, хронический гастрит, язвы пищевода и кардиального отдела желудка);
- употребление алкоголя;
- беременность;
- булимия;
- сильный кашель;
- частые приступы сильной икоты;
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Заболевание чаще возникает среди пациентов, у которых отмечается повышенное давление и застой крови в венах, идущих к печени, - такое состояние называется портальной гипертензией

# Клиника

□ гематемезис, мелена, боль в груди, боль в эпигастрии, артериальная гипотензия, тахикардия

## Симптомы, течение

Основное клиническое проявление синдрома Мэллори-Вейсса - наличие светлой или темной крови в рвотных массах, которая обычно появляется после предшествующей многократной рвоты или сильного кашля.

При выраженном кровотечении у больных могут отмечаться бледность, слабость и снижение артериального давления.

В дальнейшем наблюдается черный дегтеобразный стул или мелена (в зависимости от количества и темпа продвижения проглоченной крови по желудочно-кишечному тракту).

При объективном обследовании больного выявляются признаки обострения хронических заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта: болезненность под мечевидным отростком, в эпигастрии, в пилорoduоденальной зоне.

# Диагностика

## □ Инструментальная:

- **Обязательным** исследованием является эндоскопическое исследование пищевода.
- **Дополнительно:** проведение лапароскопии (патогномичным признаком синдрома Маллори-Вейсса является обнаружение гематомы в малом сальнике), ангиографии, сцинтиграфии.

## □ Лабораторные критерии диагностики отсутствуют.

- Целью лабораторных исследований является выявление ассоциированных заболеваний, осложнений, дифференциальная диагностика, определение величины кровопотери.

## Обязательные исследования:

- общий анализ крови с определением тромбоцитов, ретикулоцитов, гематокрита;
- коагулограмма;
- определение группы крови и резус-фактора.

## Дополнительные исследования:

- биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, амилаза, ЩФ, мочевины, креатинин, электролиты);
- кал на реакцию крови.



# Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз заключается в определении места кровотечения и диагностике причин, способствующих развитию пищеводно-желудочного кровотечения:

- цирроз печени,
- ангиодисплазия сосудов желудка (болезнь Вебера-Ослера-Рендю),
- гипертрофический полиаденоматозный гастрит (болезнь Менетрие),
- нарушения свертываемости крови и другие.

## Диагностические мероприятия в условиях приемного отделения

- При стабильном состоянии пациент госпитализируется в отделение общей хирургии
- При явлениях геморрагического шока в отделение реанимации
- При любом состоянии больного диагностика включает в себя: исследование крови, сахара крови, времени свертывания, ОАМ, активности диастазы мочи
- При отсутствии явлений геморрагического шока необходимо провести: ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, Р-графии ОГК, ФГДС.

## Диагностические мероприятия в условиях приемного отделения

- Диагностическая программа сводится к установлению: 1) факта кровотечения: 2) источника; 3) продолжения его или остановке;  
4) тяжести кровопотери
- Диагностика в приемном отделении должна проводиться не более чем 2 часа

# Тяжесть кровотечения

## Степень тяжести кровопотери (Горбашко А.И., 1982)

Показатель	Степень кровопотери		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Число эритроцитов	$>3,5 \cdot 10^{12} / \text{л}$	$3,5 \cdot 10^{12} / \text{л} - 2,5 \cdot 10^{12} / \text{л}$	$<2,5 \cdot 10^{12} / \text{л}$
Гемоглобин, г/л	$>100$	83-100	$<83$
Пульс, в 1 мин.	$<80$	80-100	$>100$
Сист. АД	$>110$	110-90	$<90$
Гематокрит, %	$>30$	25-30	$<25$
Дефицит ГО, %	$<20$	20-30	$>30$

# Этиология ЖКК из верхних отделов ЖКТ

## Язвенные ЖКК:

- пептические эрозии и язвы;
- острые язвы и эрозии;
- изъязвленные опухоли;
- изъязвленные дивертикулы.

## Неязвенные ЖКК:

- синдром Маллори-Вейсса;
- варикозно расширенные вены пищевода;
- различные врожденные и приобретенные поражения сосудов;
- различные врожденные и приобретенные нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови.

## Наиболее частые причины:

- Язвенная болезнь желудка и ДПК – 50%
- Эрозивный гастрит, гатродуоденит – 13%
- Варикозно-расширенные вены пищевода – 10%
- Ангиодисплазии – 7%
- Эрозивный эзофагит – 6%
- С-м Маллори-Вейсса – 10-15% (5%)
- Опухоли ЖКТ – 2-5%
- Другие причины – 1-2%
- Неизвестный источник – 3-4%
- Отсутствие признаков ЖКК – 5% (10%)

# Классификация по Forrest Y.A.

## Активное кровотечение

- F1a тип - струйное, артериальное фонтанирующее кровотечение
- F1b тип – венозное, вялое паренхиматозное кровотечение

## Состоявшееся кровотечение

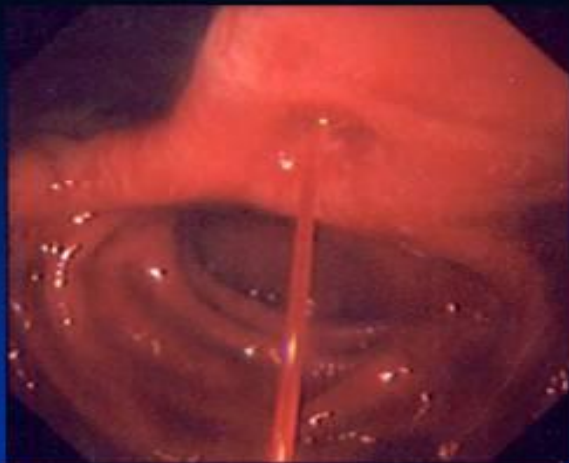
- F2a тип – видимый тромбированный сосуд (v+,v-)
- F2b тип – фиксированный тромб или сгусток
- F2c тип – геморрагическое пропитывание дна язвы

## Состоявшееся кровотечение

- F3 тип – чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных признаков кровотечения

# Эндоскопическая классификация кровотечения при синдроме Мэллори-Вейса

<i>Типы кровотечений</i>	<i>Эндоскопическая характеристика</i>
F1 тип	продолжающееся кровотечение
F1 a	струйное, артериальное кровотечение из видимого, визуализированного источника
F1 b	диффузное капиллярное кровотечение из краёв трещины, разрывов
F1 c	фиксированный сгусток в области дна разрыва или по краю разрыва (разрывов) с подтеканием крови из-под сгустка
F1 d	интенсивное кровотечение без возможности локализовать, визуализировать источник кровотечения
F2 тип	состоявшееся кровотечение
F2 a	видимый тромбированный сосуд в области дна или краёв трещины
F2b	фиксированный сгусток в области трещины без кровотечения
F2 c	включения гемосидерина в зоне (зонах) разрывов
F3 тип	трещина (и) (разрыв) без признаков кровотечения
F3 a	чистые дно и края трещины с элементами грануляций



**Forrest Ia - струйное  
кровотечение**



**Forrest Ib - вялое венозное кровотечение**



**Forrest IIa – видимый тромбированный сосуд («часовой тромб»)**







**Forrest IIb – фиксированный сгусток**



**Forrest IIc – геморрагическое пропитывание**

# Риск рецидива:

Forrest 1a 80-100%

Forrest 1b 12%

---

Forrest 2a 56-80%

Forrest 2b 56-80%

Forrest 2c 14%

# Российская классификация 2001 г

## I. Продолжающееся кровотечение:

- a) **массивное** (струйное артериальное кровотечение из крупного сосуда);
- b) **умеренное** (излившаяся кровь из венозного или малого артериального сосуда быстро заливает источник после ее смывания и стекает по стенке кишки широкой струей; струйное артериальное кровотечение из мелкого сосуда, струйный характер которого периодически прекращается);
- c) **слабое** (капиллярное) - слабое подтекание крови из источника, который может быть прикрыт ступком.

## II. Состоявшееся кровотечение:

- a) наличие в источнике кровотечения тромбированного сосуда, прикрытого рыхлым ступком, с большим количеством измененной крови со ступками или содержимого типа "кофейной гущи";
- b) видимый сосуд с тромбом коричневого или серого цвета, при этом сосуд может выступать над уровнем дна, умеренное количество содержимого типа "кофейной гущи".
- c) наличие мелких точечных тромбированных капилляров коричневого цвета, не выступающих над уровнем дна, следы содержимого типа "кофейной гущи" на стенках органа.

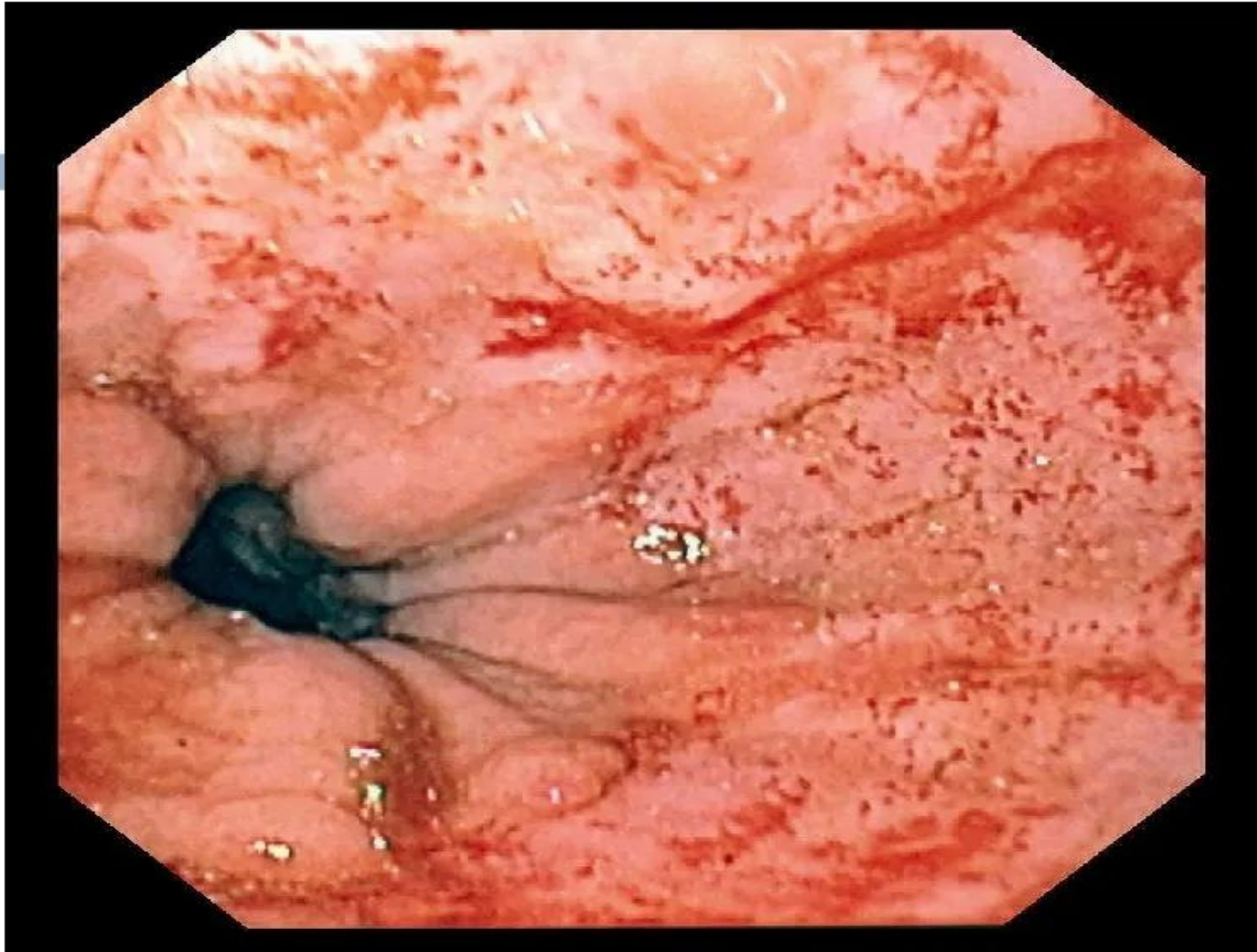
## III. Отсутствие видимых в момент осмотра признаков бывшего кровотечения.

# Диагностика

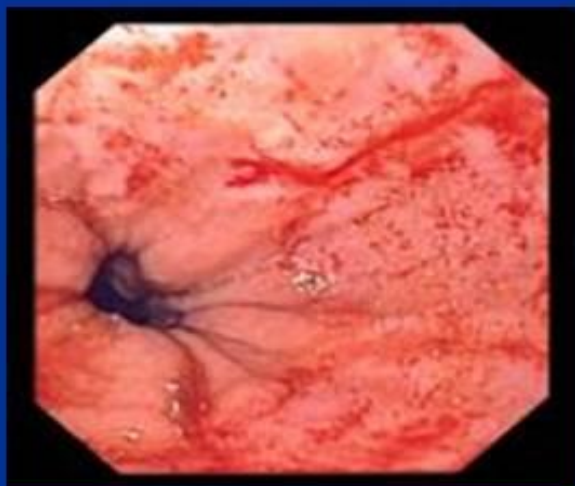
- 1) ФГДС – определение разрывов пищевода, кровотечения и его остановка
- Выполнение ФГДС нередко усугубляет состояние больного за счёт возобновления уже остановившегося кровотечения, появления новых разрывов (судорожные позывы к рвоте на ФГДС) или усугубления уже имеющегося разрыва пищевода.
- ФГДС проводить с в/в седацией или наркозом, вводить противорвотные препараты.

# Стадии синдрома Мэллори-Вейса

- I стадия - разрыв (трещины) слизистой оболочки нижней трети пищевода, кардиоэзофагеального перехода;
- II стадия - разрыв (трещины) слизистой оболочки, подслизистого слоя;
- III стадия - разрыв (трещины) с вовлечением циркулярного мышечного слоя. Зона разрыва не спазмируется, не смыкается, интенсивное кровотечение
- IV стадия - разрыв всех слоев пищевода, кардиоэзофагеального перехода, сопровождается перитонитом, медиастинитом, пневмотораксом.



# Синдром Мэлори-Вейсса

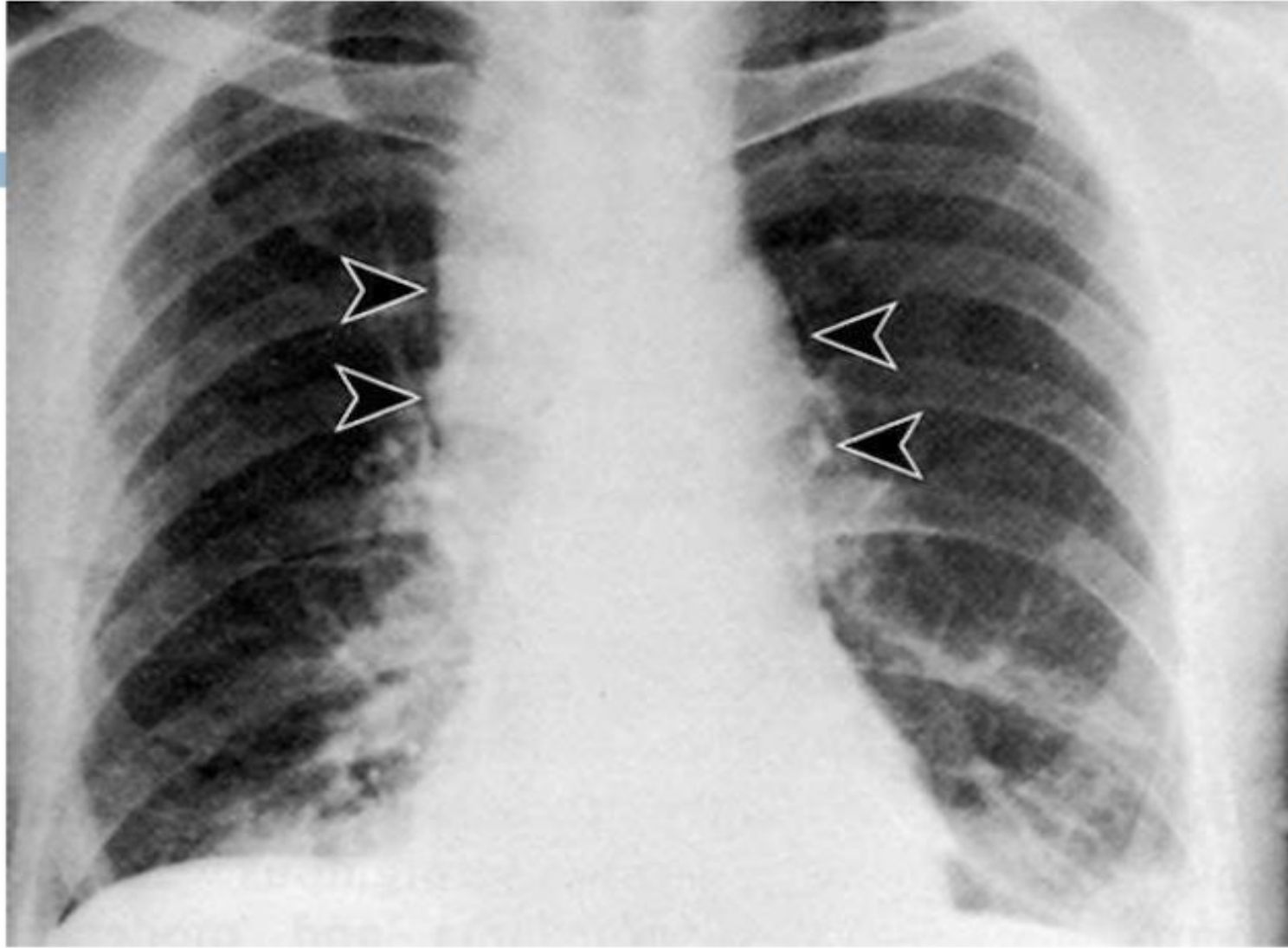


## Диагностик

а

- 2) R-скопия ОГК: при разрыве пищевода признаки пневмоторакса и медиастинита
- 3) УЗИ кардиоэзофагеального отдела желудка (помогает уточнить стадию синдрома Мэллори- Вейса)
- 4) Контрастная эзофагография в двух проекциях
- 5) МРТ-эзофагография
- 6) Лапароскопия – при подозрении на разрыв абдоминального отдела пищевода





# Тактика ведения

- Клипирование
- Инъекционный гемостаз
- Диатермокоагуляция
- При неэффективности – эмболизация или операция

# Эндоскопические методы гемостаза

## Медикаментозный

### орошение растворами медикаментов:

- ❖ гемостатиками: хлорид кальция, аминокaproновая кислота, capрофер и сосудосуживающими препаратами (мезатон, адреналин)
- ❖ денатурирующими препаратами (этиловый спирт и др.)

### нанесение пленкообразующих препаратов

(лифузоль, статизоль)

### инфильтрационный гемостаз:

- ❖ раствором адреналина
- ❖ физиологическим раствором (гипертоническим)
- ❖ медицинским клеем
- ❖ цианакрилатами
- ❖ силиконовыми композициями
- ❖ масляными растворами
- ❖ спирт-новокаиновыми смесями
- ❖ денатурирующими растворами
- ❖ склерозирующими препаратами

## Механический

- клипирование сосуда гемостатическими клипсами
- лигирование эластическими кольцами
- лигирование эндопетлей

## Физический

- термовоздействие
- криовоздействие
- электрокоагуляция
  - ❖ монополярная
  - ❖ биполярная
- лазерная фотокоагуляция
- плазменная коагуляция
- радиоволновое воздействие

## Эндоскопические методы гемостаза



*Лазерная фотокоагуляция*



*Электрокоагуляция*



*Местное орошение*



*Инъекция*

# Механический гемостаз

Клипирование -  
наложение  
металлических скобок на  
видимый сосуд или очаг  
кровотечения.

Показания:

- Видимый кровоточащий или некровоточащий сосуд,
- Кровотечение с ограниченной поверхности



# Медикаментозный гемостаз

## Орошение растворами медикаментов и нанесение пленкообразующих препаратов

### Гемостатические препараты:

- *Кальция хлорид*
- *Аминокaproновая кислота*
- *Капрофер*
- *Феракрил*

### Сосудосуживающие препараты:

- *мезатон*
- *адреналин*

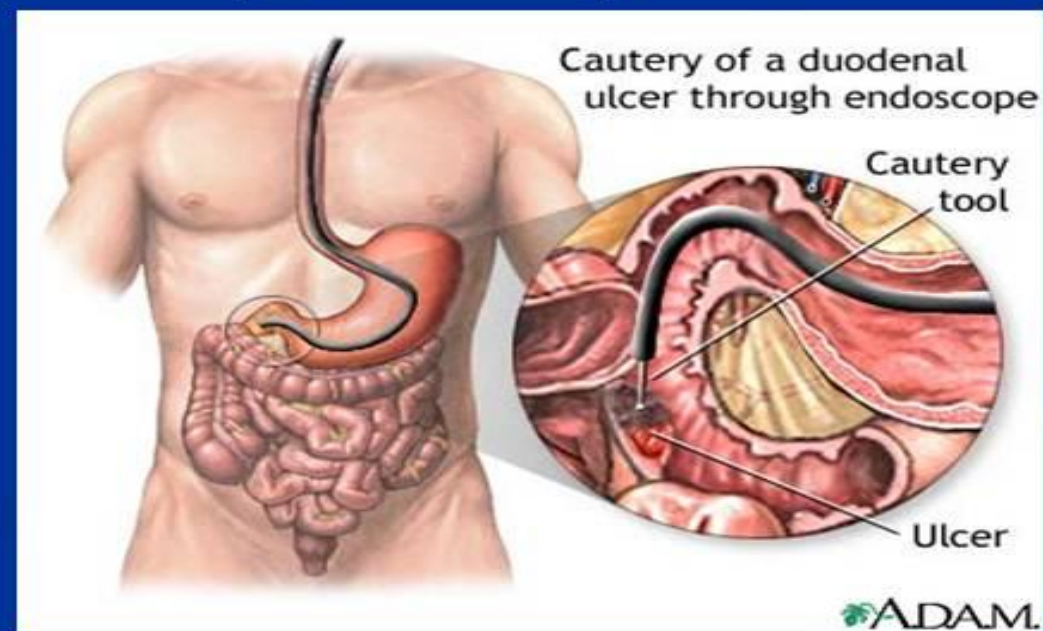
### Денатурирующие препараты:

- *спирт этиловый 96%*

### Пленкообразующие препараты:

- *лифузол, гастрозоль, статизоль*
- *МК-6, МК-7, МК-8*

**Используется при капиллярных кровотечениях, для профилактики рецидива и в комплексном лечении!**



# Электрокоагуляция

## Показания к монополярной коагуляции:

- Кровотечения из распадающихся опухолей;
- Кровотечения из дна хронической язвы;

## К биполярной коагуляции:

- Активные кровотечения при острых эрозивно-язвенных поражениях;
- С-м Мэллори-Вейсса;
- Профилактика рецидива при наличии тромбированного сосуда



Опасность перфорации! Не рекомендуется применять при глубоких язвах, дивертикулах и диаметре сосуда более 1 мм!

# Инfiltrационный гемостаз

## Методики:

- Достижение механического сдавления:
  - ❖ Гипертонический р-р адреналина;
  - ❖ Фибриновая пломбировка (берипласт);
  - ❖ Цианокрилаты (гистоакрил);
  - ❖ Двухкомпонентные силиконовые композиции (СКНМ-НХ);
  - ❖ Масляные р-ры витаминов;
  - ❖ 5% р-р глюкозы;
  - ❖ Спирто-новокаиновые смеси.
- Усиление тромбообразования:
  - ❖ Спирт 96%;
  - ❖ Этоксисклерол 1%

**Применяется практически во всех случаях локального кровотечения как самостоятельный метод или в комбинации с другими методиками.**

**Не рекомендуется при диаметре сосуда более 1 мм.**

**Осложнения – некроз, перфорация, интрамуральная гематома.**



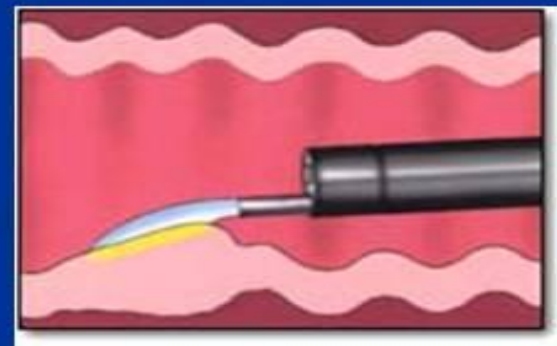


# Аргоноплазменная коагуляция

- это метод, при котором энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом с помощью ионизированного и, тем самым, электропроводящего газа - аргона (аргоновая плазма).

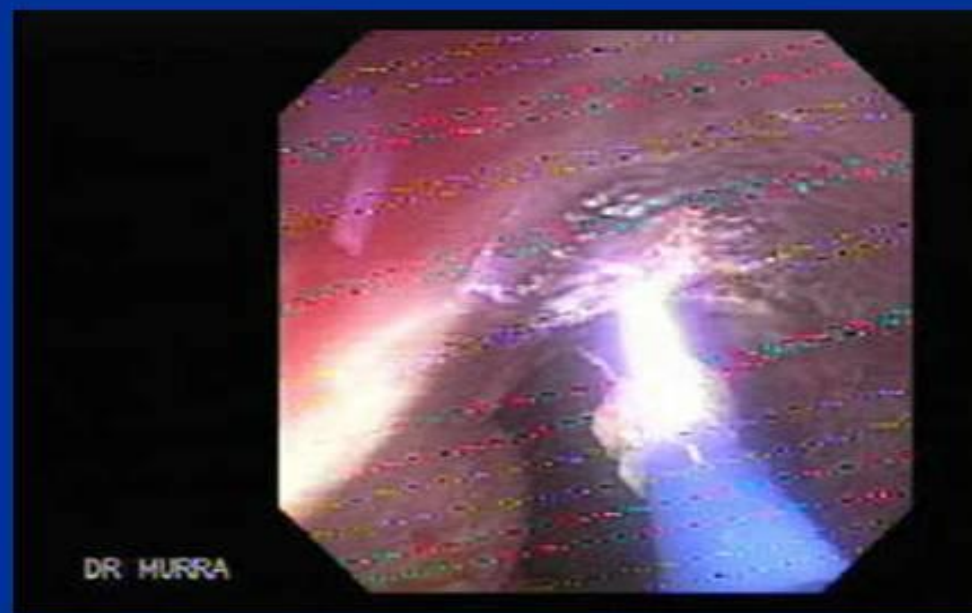
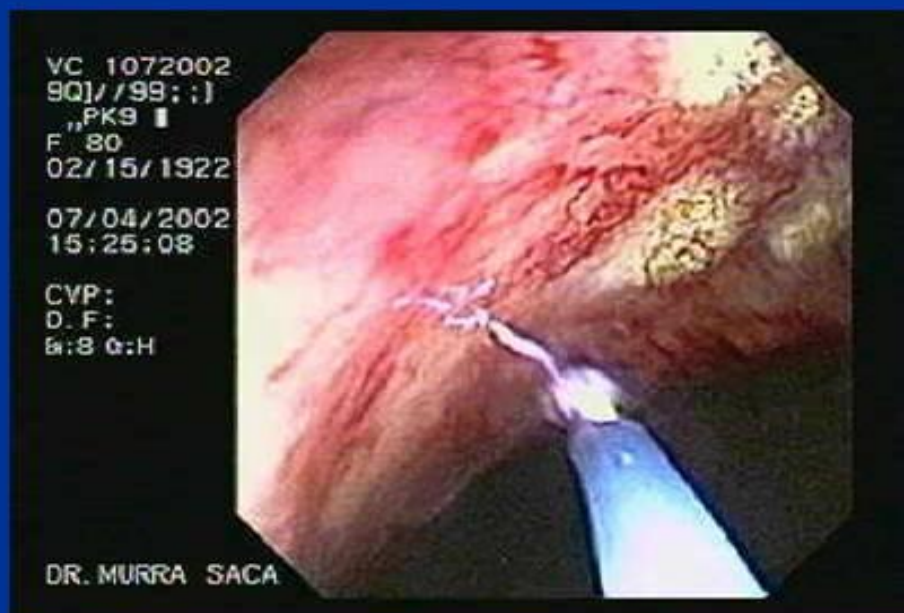
## Преимущества:

- максимальная глубина коагуляции составляет 3 мм;
- струя аргоновой плазмы может действовать не только в осевом направлении, но и в поперечном или радиальном, а также "стекать за угол";
- отсутствие дыма;
- "сродство" аргоновой плазмы к крови;
- меньшее закисление тканей, что способствует скорейшему заживлению.

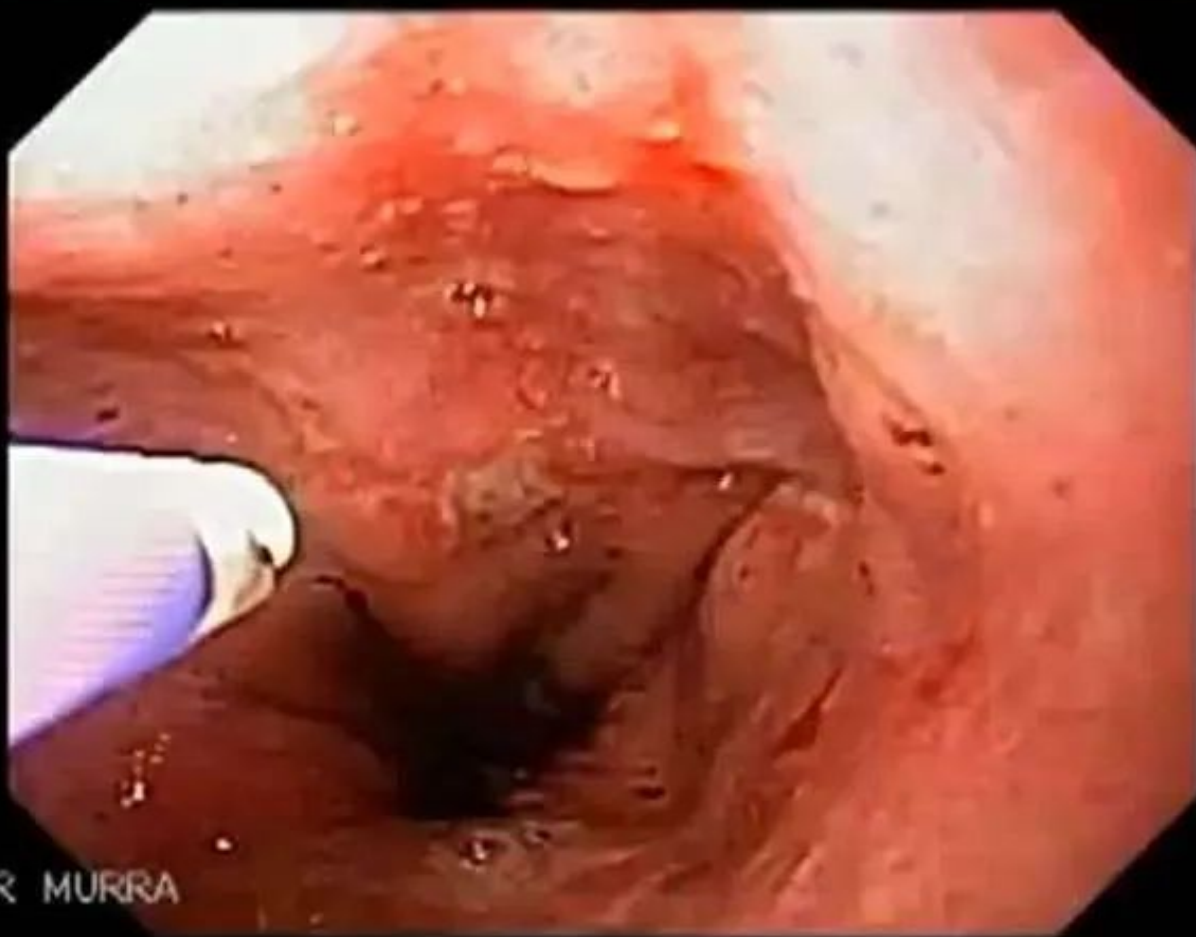


# Аргоноплазменная коагуляция

Применяется практически во всех случаях кровотечений из пищеварительного тракта, особенно эффективен метод при злокачественных опухолях ЖКТ.



# Аргоноплазменная коагуляция



DR. MURRA

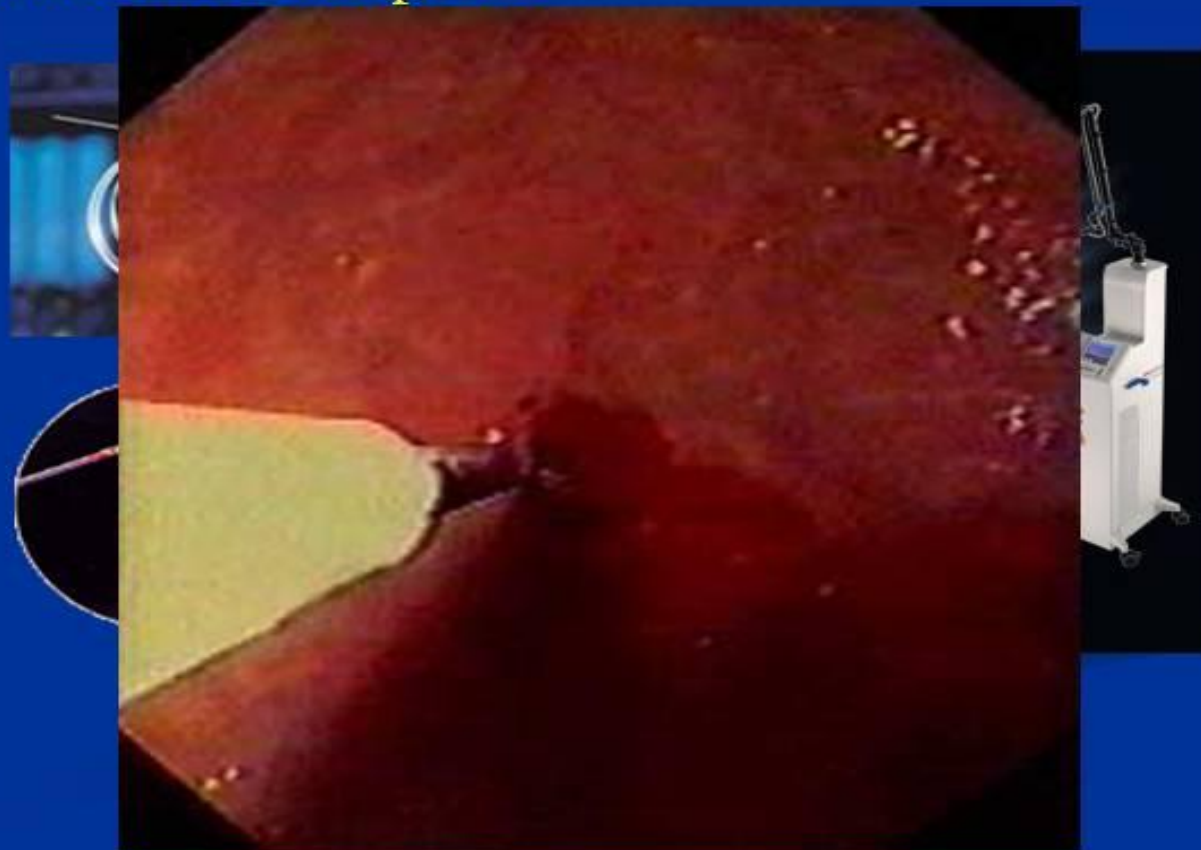
# Лазерная фотокоагуляция

- это бесконтактный способ коагуляции тканей путем воздействия оптического когерентного излучения, характеризующегося высокой направленностью и большой плотностью энергии.

Используется практически при любых кровотечениях из ЖКТ, особенно эффективен при эрозивно-язвенных поражениях, ангиодисплазиях и кровотечениях из распадающихся опухолей.

Недостаток — снижение эффективности при наличии крови в полости ЖКТ.

**При глубоких язвах и дивертикулах возможна перфорация!**



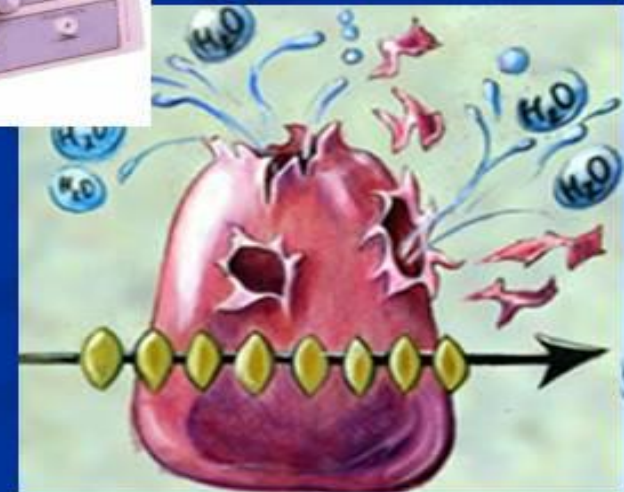
# Радиоволновое воздействие

- Это метод, основанный на преобразовании электрического тока в радиоволны определенных диапазонов с выходной частотой 3,8 МГц, которые, концентрируясь на кончике электрода, повышают молекулярную энергию внутри каждой клетки и разрушают ее, вызывая нагревание ткани и фактически испаряя клетку

Возможна работа в режиме фульгурации (для активного струйного кровотечения) и коагуляции (подтекание крови и профилактика рецидива).

## Достоинства:


- Меньшая травматизация окружающих тканей;
- Ускоренное заживление;
- Невозможность ожога пациента.



# Сравнительная эффективность методов

Общая эффективность методов – 97,4%; частота рецидивов – 20%;

Метод	Эффективность	Частота рецидивов
Инъекционный гемостаз	70-100%	25%
Электрокоагуляция	70-94%	8,5-19,1%
АПК	87%	?
Фотокоагуляция	70-94	?
Инъекция + коагуляция	70-100	6-7%

- 
- При эндоскопической картине остановившегося кровотечения (F-IIA, F-IIB, F-IIC) или при удавшемся эндоскопическом гемостазе больной подлежит госпитализации в ОРИТ и проведению ему инфузионно- трансфузионной терапии

# Консервативное лечение

- Одной из первоочередных задач является восстановление ОЦК адекватной и быстрой инфузией коллоидных и кристаллоидных кровезаменителей.
- По дефициту ОЦК выделяют следующие степени кровопотери:
  - 1) легкую, составляющую 10-20% исходного ОЦК (0,5-1л)
  - 2) умеренную, составляющую 21-30% исходного ОЦК (1,0- 1,5л)
  - 3) тяжелую, составляющую 31-40% исходного ОЦК (1,5-2л)
  - 4) крайне тяжелую, составляющую свыше 40% исходного ОЦК (более 2л)




- Лечение кровопотери объемом 10-15% ОЦК (500-750мл) заключается в инфузии только кристаллоидных растворов в объеме 200-300% от величины кровопотери. Кровопотеря 15-30% ОЦК (750-1500мл) компенсируется инфузией кристаллоидов и коллоидов (в соотношении 3:1) с общим объемом в 300% от общей кровопотери
- Показанием для возможного начала переливания эритроцитсодержащих сред служит развившаяся анемия с критическими показателями крови: гемоглобин - 65-70г/л; гематокрит - 25-28%; объем кровопотери - 30-40% ОЦК.
- Кроме того назначается гемостатическая , противоязвенная терапия в максимальных дозах

# Оперативное лечение

---

- Целью оперативных вмешательств является устранение дефекта стенки пищевода, раздельное дренирование средостения и плевральной полости при повреждениях грудного отдела, или брюшной полости при повреждении абдоминального отдела пищевода и гастро— или еюностомия.

- 
- У тяжёлых больных, при невозможности эндоскопического гемостаза, противопоказаниях к оперативному лечению, при I, II стадиях возможно применение зонда- обтуратора Сингестакена-Блекмора;

# Прогноз

У 90% больных с синдромом Маллори-Вейсса, при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии, кровотечение прекращается спонтанно, у остальных 10% хорошие результаты дают медикаментозные и эндоскопические методы лечения.