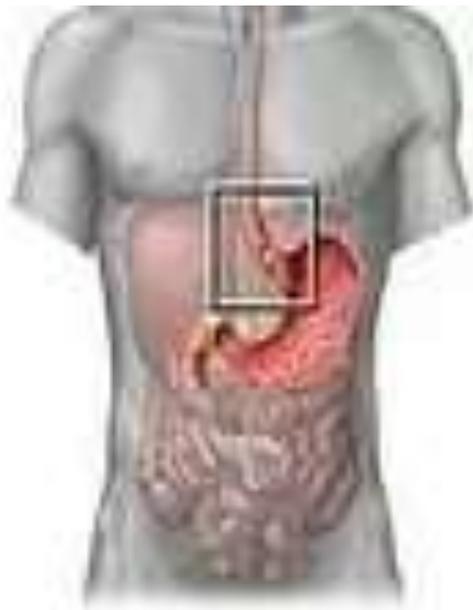


СИНДРОМ МЭЛЛОРИ- ВЕЙСА

Выполнил: Сергеев С.Н.
Научный руководитель:
д.м.н. , профессор
Богомолов Н.И.

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



A Mallory-Weiss tear is a tear in the mucosal layer at the junction of the esophagus and stomach

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

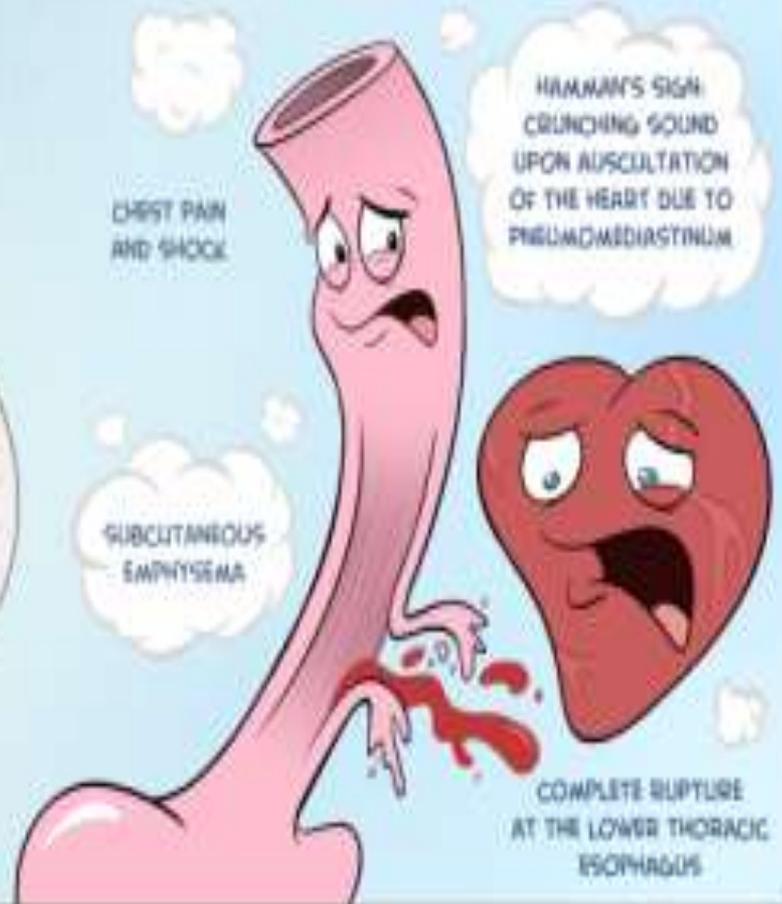
- В результате перечисленных заболеваний в зоне кардио-эзофагеального перехода развиваются патоморфологические изменения в виде утолщения стенок артерий подслизистого слоя, расширение вен подслизистого слоя и разрастание фиброзной ткани в мышечном слое
- Развивающиеся изменения снижают устойчивость слизистой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

MALLORY-WEISS SYNDROME

TEAR ON THE GASTRIC SIDE OF THE GASTROESOPHAGEAL JUNCTION, WHICH MAY EXTEND TO THE DISTAL ESOPHAGUS



BOERHAAVE'S SYNDROME



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

Факт и источник кровотечения

- Решающее значение имеет проведение экстренной ФГДС

Стадии синдрома Мэллори-Вейса

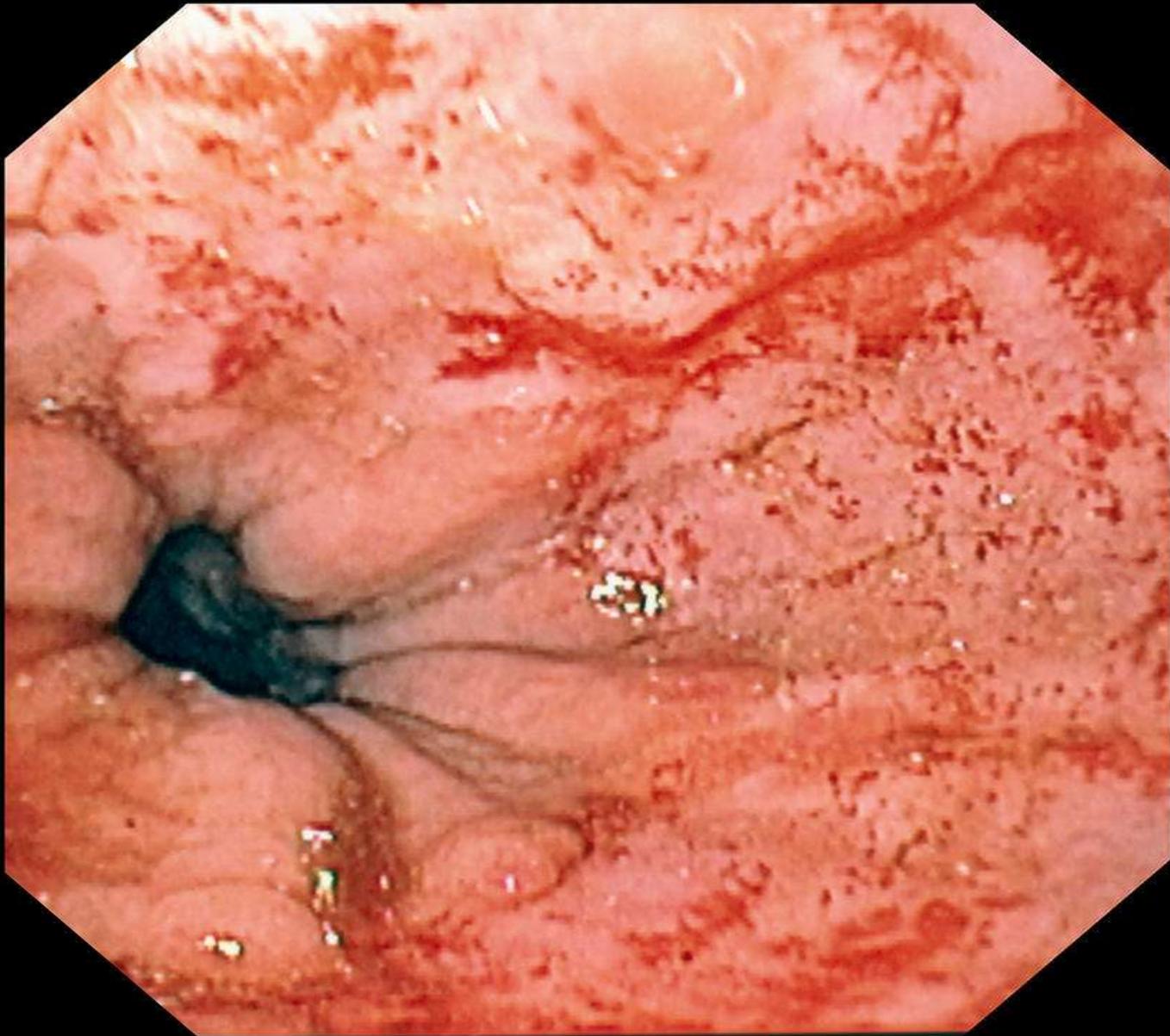
- I стадия - разрыв (трещины) слизистой оболочки нижней трети пищевода, кардиоэзофагеального перехода;
- II стадия - разрыв (трещины) слизистой оболочки, подслизистого слоя;
- III стадия - разрыв (трещины) с вовлечением циркулярного мышечного слоя. Зона разрыва не спазмируется, не смыкается, интенсивное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

Эндоскопическая классификация кровотечения при синдроме Мэллори-Вейса

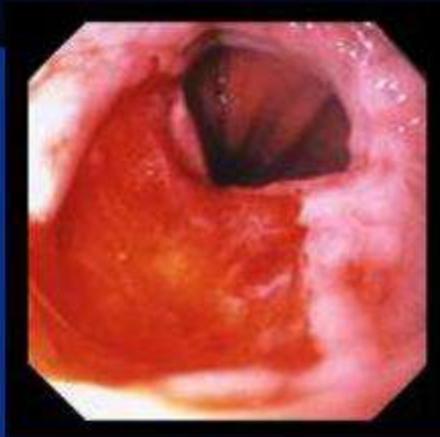
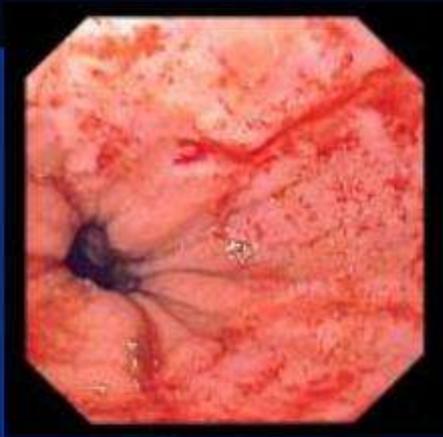
<i>Типы кровотечений</i>	<i>Эндоскопическая характеристика</i>
F1 тип	продолжающееся кровотечение
Fl a	струйное, артериальное кровотечение из видимого, визуализированного источника
F1 b	диффузное капиллярное кровотечение из краёв трещины, разрывов
Fl c	фиксированный сгусток в области дна разрыва или по краю разрыва (разрывов) с подтеканием крови из-под сгустка
Fl 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

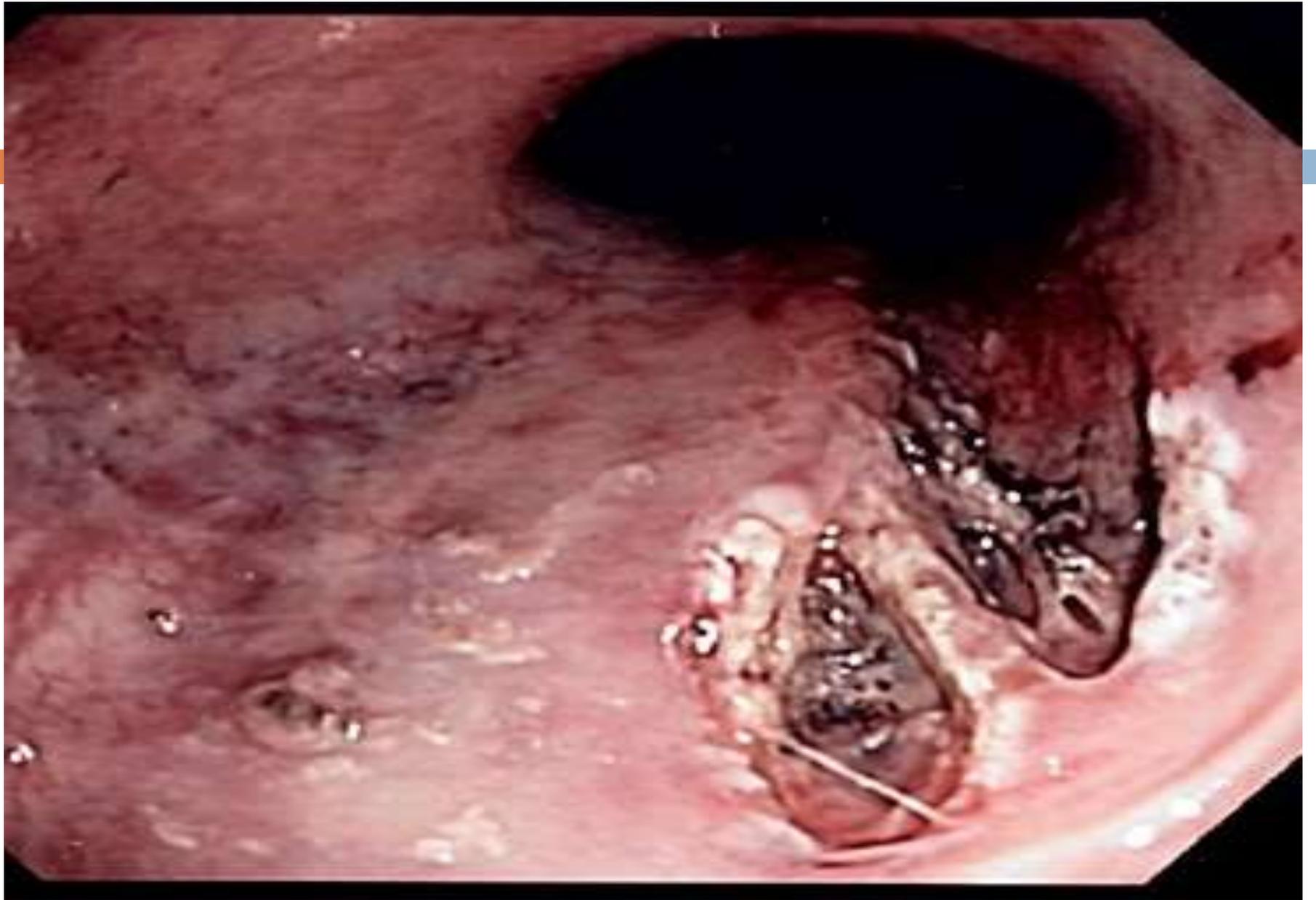
Диагностика

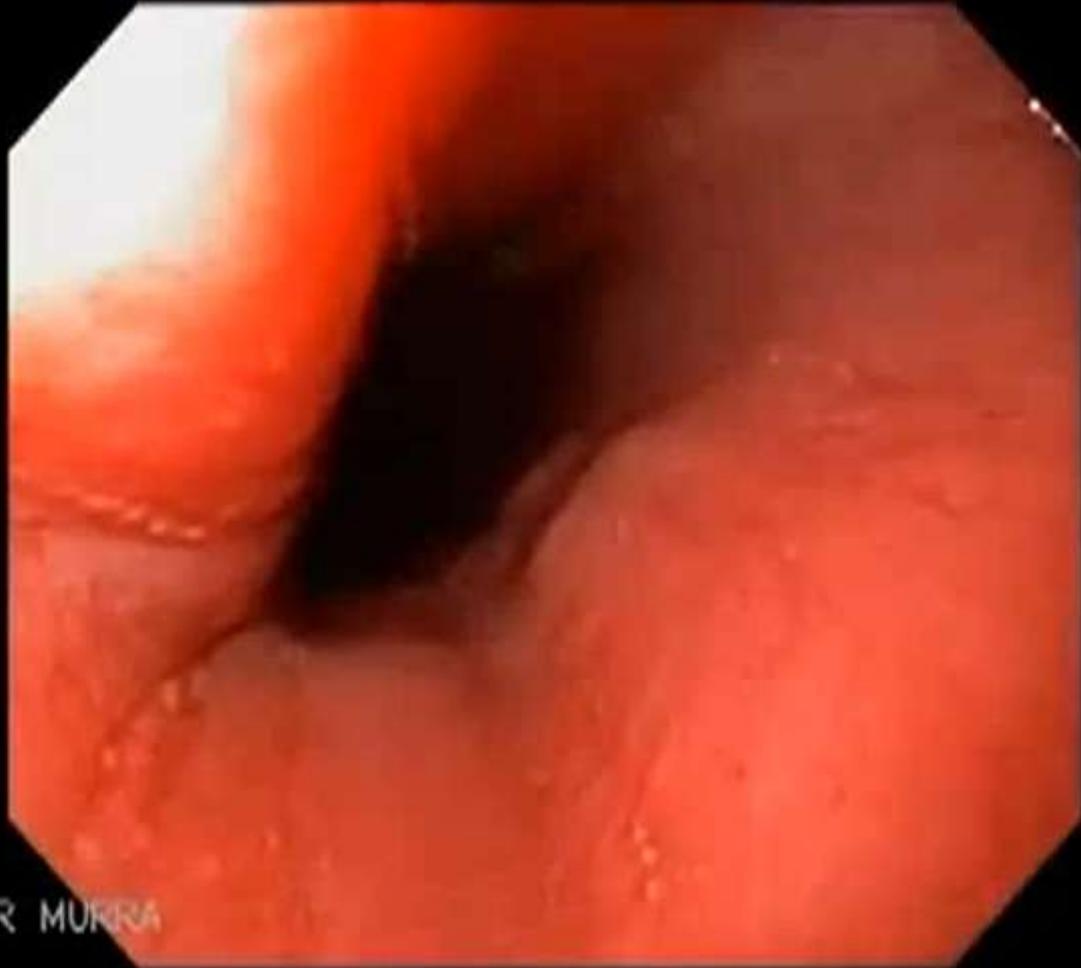
- 1) ФГДС – определение разрывов пищевода, кровотечения и его остановка
- Выполнение ФГДС нередко усугубляет состояние больного за счёт возобновления уже остановившегося кровотечения, появления новых разрывов (судорожные позывы к рвоте на ФГДС) или усугубления уже имеющегося разрыва пищевода.
- ФГДС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



Синдром Мэлори-Вейсса



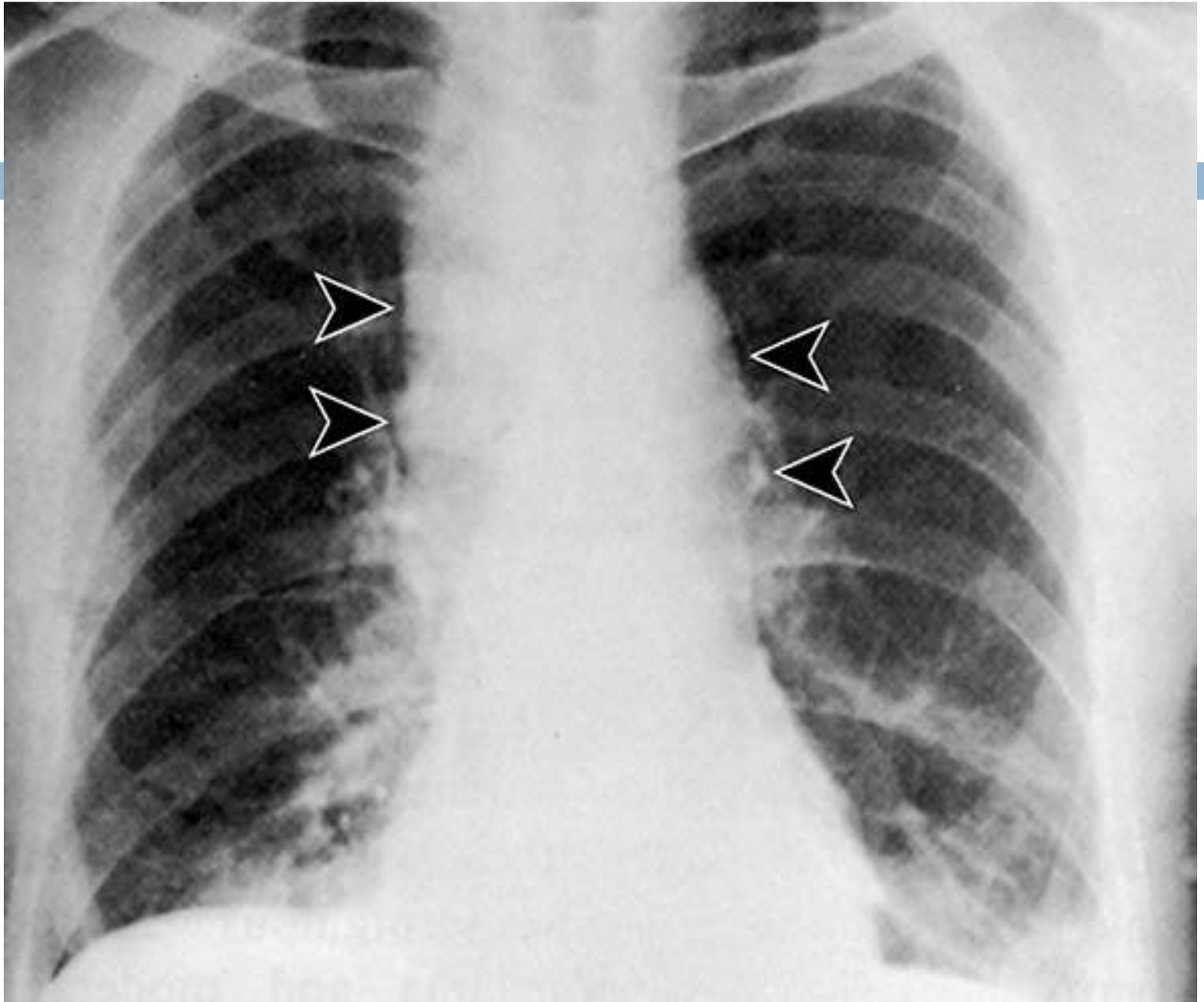




DR. MURRA

Диагностика

- 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



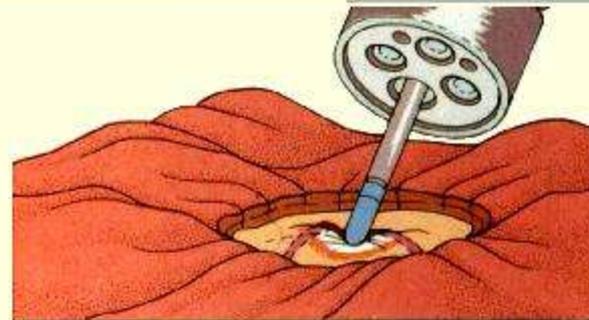
Лечение

- Лечение подразумевает в первую очередь проведение эндоскопического гемостаза:
- Кровотечение может быть остановлено различными способами, включающими коагуляцию с применением ЭХВЧ генератора, лазера, аргоноплазменной установки и т.п., введением гемостатических препаратов инъектором, орошением кровоточащей зоны различными кровоостанавливающими, пленкообразующими средам.
- Задачей эндоскописта при синдроме Маллори-Вейса является именно эндоскопическая остановка кровотечения, поскольку хирургическое вмешательство в этих случаях является в большой степени травматичным и в то же время не всегда надежным способом гемостаза.

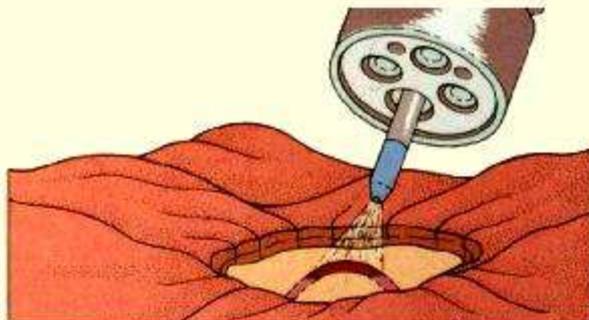
Эндоскопические методы гемостаза



Лазерная фотокоагуляция



Электрокоагуляция

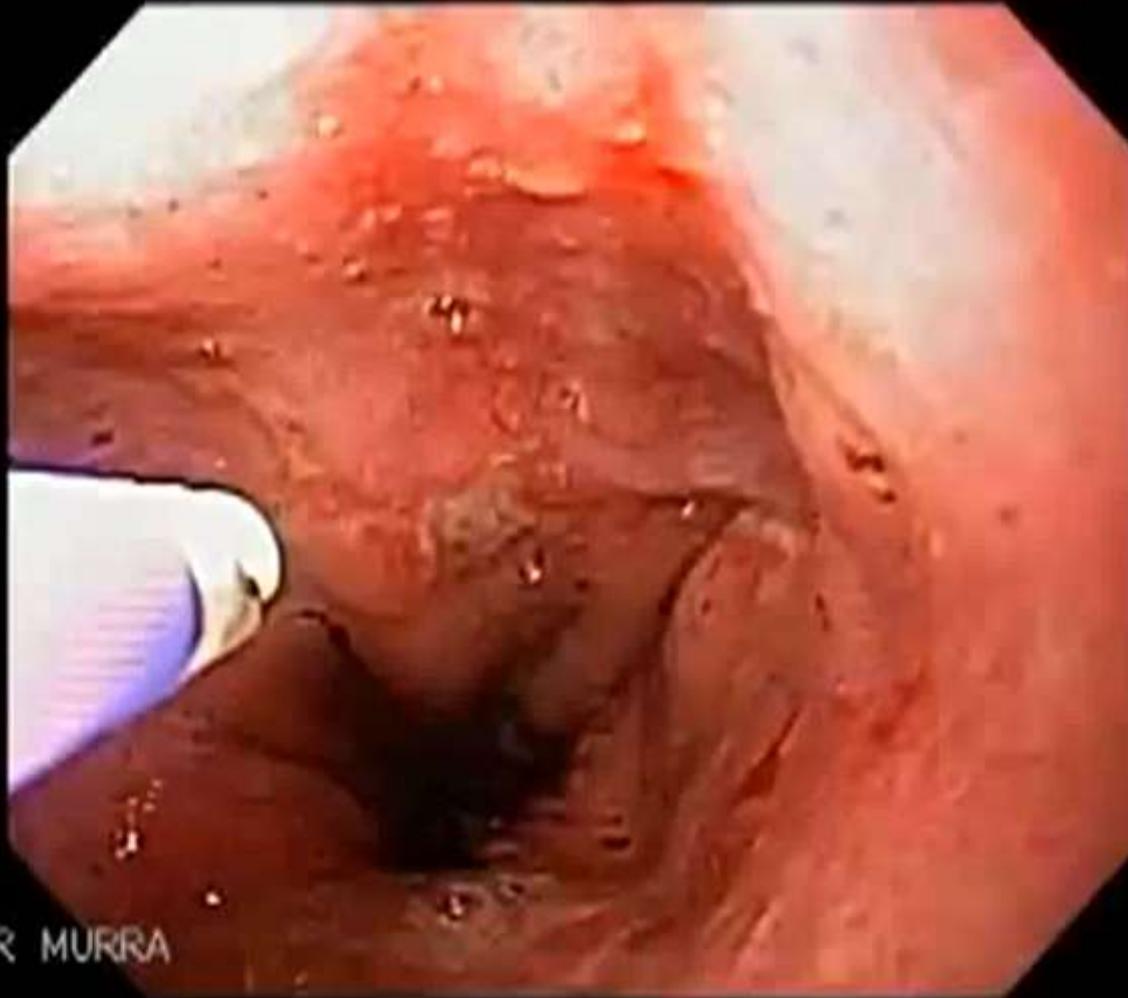


Местное орошение



Инъекция

Аргоноплазменная коагуляция



DR MURRA

- 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

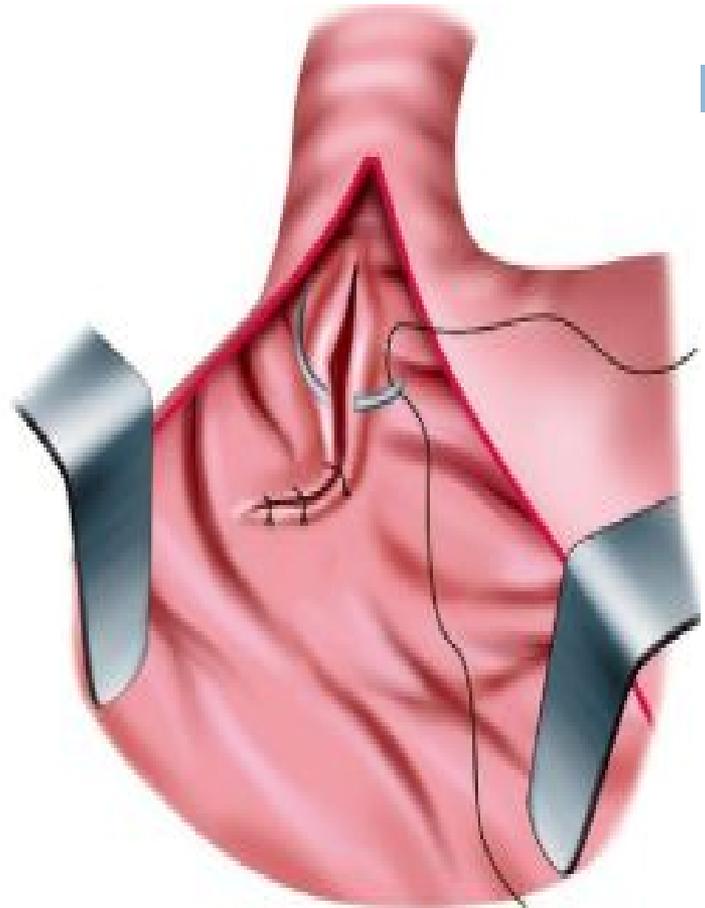
Оперативное лечение

- 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.

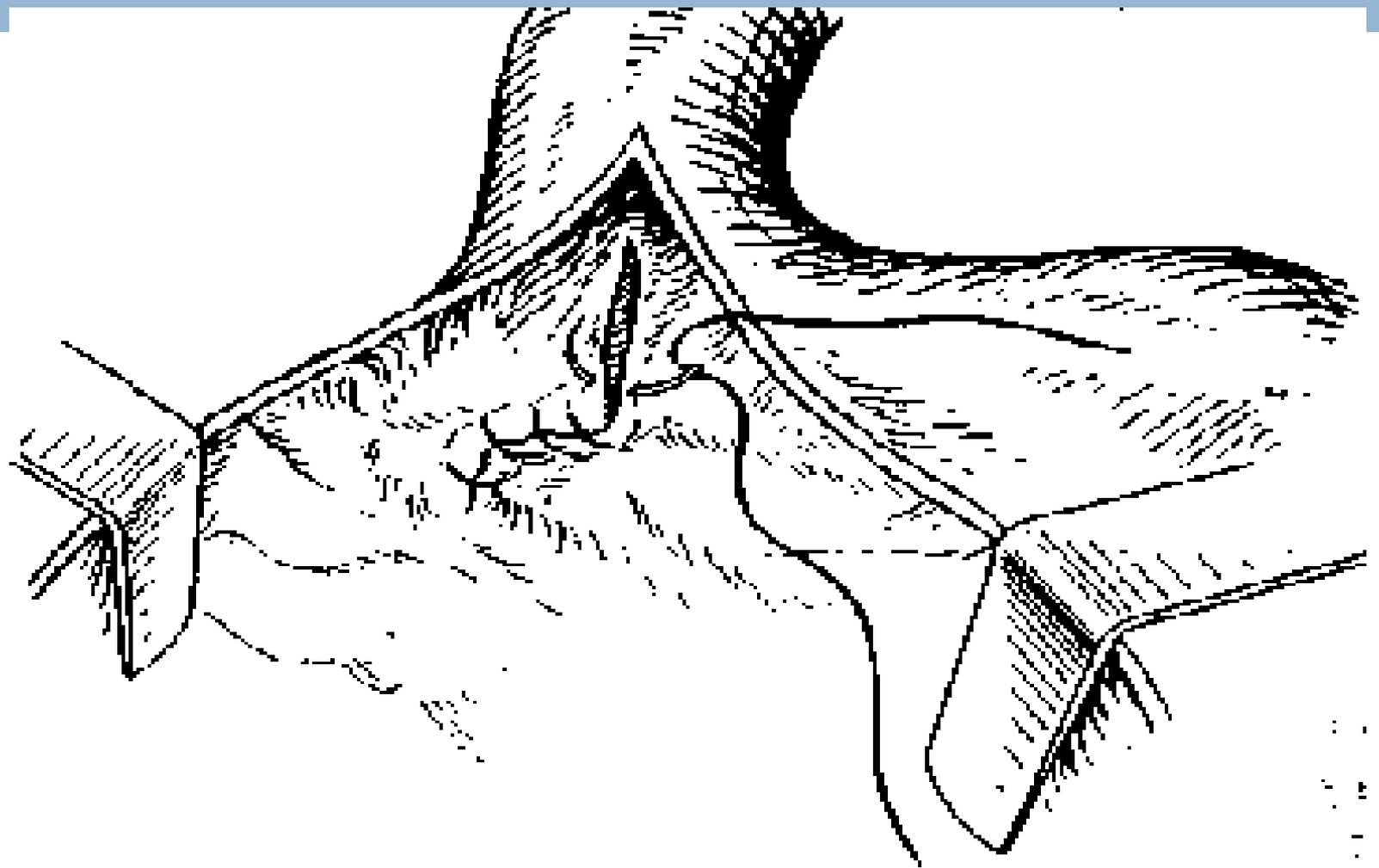
- Показания к хирургическому лечению (продольная гастротомия с ушиванием разрывов) могут возникать при кровотечениях F1 d, при невозможности эндоскопического гемостаза при рецидивах кровотечения при F1 c. В некоторых случаях (локализация в нижней трети пищевода, аномалии пищевода, безуспешный гемостаз лапаротомным доступом) операция может выполняться путём левосторонней боковой торакотомии.
- Возможно выполнение операции Стойка (гастротомия с прошиванием кровоточащих эрозий и перевязкой левой желудочной артерии)



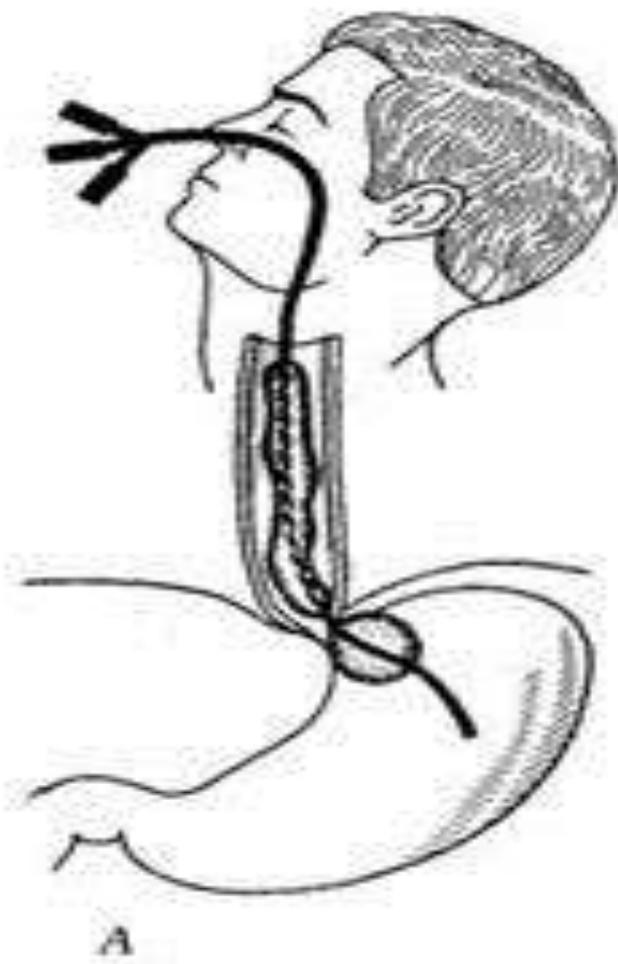
a



б



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



- Не рекомендуется ставить желудочный зонд для контроля пациентам с интоксикацией для предотвращения повторной рвоты и усугубления разрывов пищевода.
- Лечение необходимо корректировать с учётом основного заболевания, вызвавшего интоксикацию и рвоту.



Спасибо за внимание