**ГБОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно - Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития.**

**Кафедра общей хирургии проф. Им. М.И Гульмана.**

**Заведующий кафедрой: д.м.н.проф Винник Юрий Семенович**

**Преподаватель: Дунаевская Светлана Сергеевна**

 **РЕФЕРАТ**

 **Тема: Синдром Меллори- Вейсса**

 **Выполнил: Врач – ординатор**

 **Гесс Денис Александрович**

 **Красноярск, 2021**

В настоящее время на долю синдрома Меллори-Вейсса приходится от 5% до 15% всех острых кровотечений их верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Среди больных данным заболеванием преобладают люди мужского пола – примерно 86%. Возраст пациентов от 18 до 79 лет, причем самая многочисленная группа от 34 до 40 лет

Клинические наблюдения и патоморфологические исследования не разъясняют в полном объеме всех вопросов этиологии и патогенеза синдрома Меллори-Вейсса и позволяют лишь предполагать, что процесс образования кровоточащих трещин кардио-пищеводного отдела является весьма сложным. Развитие синдрома Маллори-Вейсса определяется сочетанием и взаимодействием нескольких факторов:

1. ограничение подвижности слизистого и подслизистого слоев кардии относительно друг друга.
2. дискоординированное и противоположно направленное сокращение различно ориентированных мышечных слоев нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка.
3. недостаточность кардиального запирательного аппарата.

4. резкое повышение внутри желудочного отдела.

Сочетание между собой трех первых факторов являются предрасполагающим к образованию трещин в слизистой оболочки, но непосредственно их возникновение связанно с внезапным повышением внутри желудочного давления.

Причиной нарушения смещаемости внутренних слоев кардиального отдела желудка служат, по-видимому, дистрофические процессы в слизистой оболочки, обусловленные ее хронически поражением. Подтверждением этому является то, что в 60% имелась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы различной степени выраженности. У 7% больных наблюдалась хроническая язва желудка или двенадцатиперстной кишки, а у 10% – язвенный анамнез. У 84% имелись указания на наличие в анамнезе различных диспепсических расстройств, нарушения желудочной секреции. В 74% наблюдений констатировано хроническое употребление алкоголя, которое несомненно, не мог не оказывать отрицательного воздействия на слизистую пищевода и желудка.

Анализ эндоскопического исследования, произведенного на 6–7 день образования кровоточащих трещин, показал, что у 93% больных имелись изменения со стороны слизистой желудка по типу хронического гастрита.

В клинической картине синдрома Меллори-Вейсса ведущим признаком, позволяющим заподозрить это заболевание, служит появление алой крови в рвотных массах после предшествующих многократных рвотных сокращений. Данный симптом имел место в 95% наблюдений. У некоторых больных за несколько часов до приступа рвоты отмечались явления желудочного дискомфорта. Вторым характерным признаком, но менее постоянным (57%) была мелена. По мнению некоторых авторов, для развития синдрома Меллори-Вейсса характерным является тесная связь его с многолетним употреблением алкоголя. Однако развитие синдрома возможно и не на фоне алкогольного опьянения, а через 1–2 дня после употребления алкоголя.

На основании клинических данных в определенных случаях можно заподозрить наличие у больного кардио-пищеводных трещин, однако точная и окончательная диагностика синдрома Маллори-Вейсса возможна только с помощи инструментальных методов исследования. Использование в клинической практике эндоскопов с торцевой оптикой почти полностью разрешило проблему диагностики желудочно-кишечных кровотечений вообще, и синдрома Маллори–Вейсса в частности. Этот метод позволяет не только устанавливать основной источник кровотечения, но и давать его характеристику. При этом величина кровопотери, даже ее тяжелая степень при профузном кровотечении, не является противопоказанием к экстренному производству эндоскопии. Только исследование в этой ситуации должно выполняться в условиях операционной с предшествующей ему гемогрансфузие и вливанием кровезамещающих растворов с целью стабилизации гемодинамических показателей,

Существенное значение в эндоскопической диагностике имеет время с момента возникновения кровоточащей трещины до выполнения инструментального исследования, В зависимости от его длительности картина заболевания различна и имеет ряд особенностей.

Так, эндоскопическое исследование в первые часы возникновеия синдрома Маллори–Чейсса представляло наибольшие трудности. Это связано с тяжестью состояния больных вследствие имеющейся у них острой кровопотери, а также, нередко алкогольного опьянения, (сложность диагностики усугубляется наличием большого количества крови в просвете пищевода и желудка, особенно при продолжающем кровотечении. Еще в большей степени качественный осмотр затруднен при наличии сгустков крови, удаление которые нередко представляло большие трудности.

В этих условия для улучшения возможности распознавания трещинпридерживаются следующих диагностических приемов. Осмотр начинается в классическом положении больного на левом боку, но обязательно с приподнятым головным концом стола, а если позволяло состояние больного, то и сидя. Подобное положение препятствует затеканию содержимого из желудка в пищевод.

В ранний период развития синдрома Маллори–Вейсса эндоскопическая картина характеризуется наличием продольного дефекта слизистой оболочки в области кардии или желудочно-пищеводного перехода. Края трещин при этом, без явлений воспаления, легко спадаются, что затрудняет их диагностику. На дне трещины иногда определяется тромбированные или кровоточащие сосуды. Нередко разрыв слизистой оболочки бывает прикрыт сгустком крови темно-красного цвета, рыхлой консистенции.

Диагностика синдрома Маллори–Вайсса по истечении 6 ч и до суток от момента его возникновения значительно облегчалась. Как правило, к этому времени крови в желудке уже не бывает или она находится в виде небольших прожилок. Края трещины вследствие окружающего отека слизистой оболочки приподняты, покрыты фибрином, на фоне которого хорошо определяются тромбированные сосуды. Трещины практически не спадают, дно их выполнено плотными сгустками фибрина или тромбом.

Эндоскопическая картина синдрома Маллори–Вейсса в более поздние сроки от момента своего возникновения (спустя несколько дней) зависит от исходной глубины разрыва слизистой оболочки. Так мелкие поверхностные трещины на 8–10-е сутки практически заживают и представляли собой белесоватые продольные линии в области пищеводно-желудочного перехода. Глубокие трещины к этому времени напоминают продолговатые язвы с каллезными краями, дно которых покрыто фибрином. В этой ситуации приходится дифференцировать их с хронической язвой или с инфильтративно-язвенным раком. Хорошим диагностическим признаком синдрома Меллори-Вейсса является гематома в малом сальнике и прилегающей к нему стенке желудка в проекции трещины

Наиболее часто трещины локализовались в кардиальном отделе желудка (у 50% больных). Реже они наблюдаются в области желудочно-пищеводного перехода или в пищеводе. Чаще всего разрывы располагаются на задней стенке желудка ближе к его мало кривизне. Примечательно, что трещины на передней стенке и на большой кривизне имеют, как правило, более поверхностный характер, крайне редко проникали до подслизистого слоя и менее активно кровоточат. Длина трещин составляет от 0,5 до 6–8 см. В зависимости их протяженности делят разрывы на малые (до 1 см), средние (от 1 до 3 см) и большие (свыше 3 см). Чаще наблюдаются трещины средней величины, реже – малых размеров и еще реже – больших. Чаще всего они единичные, множественные наблюдаются только у 13%.

Однако основным фактором, влияющим на интенсивность геморрагии, а, следовательно, и на степень кровопотери, являлась глубина трещины. Протяженность и количество последних в меньшей степени влияли на объем кровопотери. При разрывах только слизистого слоя кардиопищеводной области кровотечение обычно было необильным, в пределах легкой степени. Трещины, проникающие на глубину подслизистого слоя, вызывают кровотечение средней степени, при наличии глубоких и широких трещин (до 0,5 см), затрагивающих мышечный слой желудочной стенки, отмечается тяжелая степень кровопотери.

Точная и своевременная диагностика синдрома Маллори-Вейсса, основанная на тщательном учете клинико-эндоскопических данных, служит основой для выбора рациональной лечебной тактики при этом заболевании.

Операцией выбора долгое время было простое зашивание трещины. Одиночные капроновые швы с обязательным захватом слизистого, подслизистого и мышечного слоев желудка надежно останавливают кровотечение. Зашивание трещины следует начинать с нижнего угла. Подтягивая затем уже завязанные нити книзу, легко зашить верхний угол трещины, даже если он находится в абдоминальном отделе пищевода. Трещина, полностью располагающаяся в абдоминальном отделе пищевода, зашивается таким же образом. Однако при большой трещине пищевода зашить ее по всей длине из гастротомического доступа бывает невозможно. В такой ситуации **за**шивание трещины дополняется введением обтуратора Блэкмора,

Причинами рецидива кровотечения после зашивания трещины обычно являются допущенные во время вмешательства диагностические ошибки и погрешности в технике операции. Среди диагностических ошибок следует отметить следующие:

1) не зашита одна из множественных трещин;

2) зашита некровоточащая, трещина, а истинный источник геморрагии не обнаружен;

3) не выявлена трещина абдоминального отдела пищевода.

Отличительной особенностью течения послеоперационного периода у больныхс синдромом Мелори-Вейсса, по данным многих хирургов, является нередкое развитие у них алкогольно-соматического делирия и различных гнойно-септических осложнений.

Для местного воздействия через эндоскоп при синдроме Меллори-Вейсса используют диатермокоагуляцию. При обильном кровотечении можно выполнить инъекции в края трещины слизистой оболочки раствора адреналина, что существенно уменьшит интенсивность кровотечения.

Послеоперационная летальность составляет 6,2%, среди неоперированных больных летальных исходов практически не наблюдаются. Летальные исходы обусловлены в основном перитонитом, развившемся вследствие несостоятельности швов после гастротомии, либо эвентрацией кишечника, затем нагноением послеоперационной раны с развитием обширной флегмоны передней брюшной стенки и сепсиса.

Таким образом, одним из путей улучшения показателей лечения больных с синдромом Меллори-Вейсса является ранняя операция при тяжелой степени кровопотери и современное консервативное лечение при средней и легкой степени геморрагии. Зашивание трещины стенки желудка и пищевода представляет собой простой и надежный способ остановки профузного кровотечения. Характерные для этой группы больных осложнения могут быть в значительной степени предупреждены.

**Список литературы**

1. Весник Хирургии 1973 год №11
2. Хирургия 1988 год №2
3. Актуальные вопросы современной хирургии. Волгоград 1993 год.
4. Весник хирургии 1981 год №11
5. Весник хирургии 1983 год №11