

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Красноярский
государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

Синдром Мэллори-Вейса

Выполнил: ординатор Гергердт Ю.И.

Руководитель: д.м.н., профессор кафедры

и клиника хирургических болезней

им. проф. Ю.М.Лубенского

Здзитовецкий Д.Э.

Красноярск 2019г.

Содержание:

Этиология и патогенез

Классификация

Симптомы

Диагностика хронических заболеваний вен

Лечение

Список литературы

Синдром Мэллори-Вейса (Маллори-Вейсса) — острая хирургическая патология, обусловленная разрывом или продольной трещиной стенки пищевода и желудка. Это неотложное состояние, требующее оказания экстренной медицинской помощи. Заболевание преимущественно встречается у представителей сильного пола в возрасте 45-60 лет, употребляющих чрезмерное количество алкоголя. Надрыв слизистой пищеварительного тракта происходит при резком увеличении внутрибрюшного давления: при частых и сильных позывах к рвоте, во время рвотного рефлекса, сопровождающегося кровотечением. Впервые морфологические признаки заболевания описали ученые Мэллори и Вейс, основываясь на результатах вскрытия. Они обнаружили недуг у лиц, больных алкоголизмом.

Синдром Мэллори-Вэйса имеет еще одно название — «банкетный пищевод». Чаще всего патология развивается у любителей обильных застолий. Это одна из самых частых причин госпитализации пациентов в хирургический стационар. Клинические признаки появляются после чрезмерного употребления спиртных напитков. По МКБ 10 патологии присвоен код K22.6 и официальное название «Желудочно-кишечный разрывно-геморрагический синдром».

Синдром Мэллори-Вейса — причина каждого десятого желудочного кровотечения. Длительная и обильная кровопотеря резко ухудшает общее состояние пациента. В крайне редких случаях патология протекает скрыто многие месяцы.

Этиология

Синдром Мэллори-Вейса развивается при повышении внутрибрюшного давления. Причины патологии:

- Рвота, спровоцированная перееданием, чрезмерным приемом алкоголя, «интересным» положением больной, воспалением поджелудочной железы или желчного пузыря,
- Икота,
- Кашель,
- Подъем тяжестей,
- Повреждение пищевода при ФГДС,
- Диафрагмальная грыжа,
- Хронический гастрит и эзофагит,
- Цирроз печени,
- Приступ эпилептических конвульсий,
- Травматическое повреждение живота.

Во время сильной и многократной рвоты в брюшной полости создается избыточное давление. Стенки желудка и пищевода перерастягиваются, истончаются и разрываются в самом уязвимом месте. Обычно разрывается слизистая оболочка пищеварительного тракта, иногда — средний мышечный слой. Под воздействием провоцирующих факторов разрыв происходит быстро и полностью. При этом содержимое выходит в брюшную полость или средостение, у больных развивается перитонит или медиастенит.

Одним из основных провоцирующих факторов является регулярное употребление спиртных напитков. Алкоголь способствует воспалению слизистой желудка и пищевода. Длительно текущий гастрит и эзофагит приводит к дистрофическим или атрофическим процессам. Пораженная слизистая оболочка теряет свою устойчивость к разрывам.

Кроме хронического алкоголизма к предрасполагающим факторам относится неправильное питание и прием лекарственных средств из группы НПВС. Гипертоническая болезнь также является фактором риска для развития внутреннего кровотечения.

У детей синдром Мэллори — Вейса развивается крайне редко. Патология обусловлена снижением устойчивости слизистой оболочки пищеварительного тракта к внешнему и внутреннему неблагоприятному воздействию. Спровоцировать разрыв пищевода или желудка могут следующие факторы: переизбыток, прием «Аспирина» и кортикостероидных препаратов, хроническое воспаление пищевода, болезни сердца и сосудов, органов дыхательной системы.

Симптоматика

Симптоматика синдрома Мэллори-Вейса определяется величиной кровопотери и воздействием провоцирующих факторов.

1. Гематемезис — основной симптом синдрома Мэллори-Вейса, представляющий собой упорную рвоту со свежей, еще не свернувшейся кровью. Ярко-красная, алая кровь в рвотных массах — признаком профузного кровотечения. Рвота «кофейной гущей» возникает после взаимодействия крови с соляной кислотой.
2. Больные с данным недугом жалуются на постоянную острую боль в животе и черный кал. Дегтеобразный стул — наличие крови в каловых массах. В результате внутреннего кровотечения фекалии окрашиваются в черный цвет, становятся блестящими, жидкими и зловонными. Мелена является непостоянным симптомом заболевания и возникает только при большой потере крови.
3. У больных бледнеют кожные покровы, появляется вялость, слабость, тахикардия, прохладный, липкий пот, шум в ушах, потемнение и «мушки» в глазах, одышка, слабый пульс, падение артериального давления, обмороки, спутанность сознания, может развиваться шок. Резкая боль в области желудка постепенно распространяется по всему животу.

4. Симптомы астении обусловлены анемией, развившейся вследствие обширной кровопотери.

Выраженность клинических признаков часто колеблется в зависимости от скорости и объема кровопотери. Слабое кровотечение сопровождается незначительными проявлениями, учащением сердцебиения, нормальным артериальным давлением, что обусловлено частичной компенсацией кровопотери. При отсутствии своевременной и адекватной медицинской помощи у больного развиваются опасные для жизни осложнения: инфаркт миокарда и гиповолемический шок.

Синдром Мэллори-Вейса — опасное заболевание, отличающееся достаточно агрессивной симптоматикой и высоким риском развития осложнений, угрожающих жизни больного.

Диагностика

Диагностика синдрома Мэллори-Вейса основывается на эндоскопических данных. Эндоскопия пищеварительного тракта — основной и самый информативный метод исследования, позволяющий увидеть линию разрыва пищеварительного тракта, определить характер поражения, поставить диагноз и начать лечение.

При синдроме Мэллори-Вейса обнаруживают линейную трещину слизистой оболочки верхней части желудка. Обычно у больных определяется один разрыв. В крайне редких случаях их может быть 2 и более. Очаг поражения имеет длину около 3 см и расстояние между краями трещины — несколько мм. Если во время фиброгастроскопии обнаруживают кровоточащий сосуд, кровотечение сразу же останавливают.

Специалистам необходимо собрать анамнез и выяснить, как пациенты относятся к спиртным напиткам, в каком количестве употребляют алкоголь? При осмотре обнаруживают признаки анемии: бледность кожи и холодный пот. Затем переходят к оценке характера рвотных масс и испражнений. Пальпацию и перкуссию живота проводят очень осторожно, чтобы избежать усиления кровотечения. В крови обнаруживают тромбоцитоз и эритропению, снижение гемоглобина. Это признаки кровотечения.

Инструментальная диагностика включает обзорную рентгенографию брюшной полости, электрокардиографию, ангиографию, МРТ.

Диагностическую лапаротомию проводят в тех случаях, когда невозможно определить причину боли в животе и источник кровотечения. Если симптомы патологии сохраняются или нарастают, диагностическая лапаротомия и ревизия органов брюшной полости крайне необходимы.

Пациентам с высоким операционным риском показано динамическое наблюдение, во время которого больные обследуются повторно у одного и того же врача через равные промежутки времени. Операционный риск считается максимально высоким у пациентов с заболеваниями органов дыхания, сердца и сосудов, обмена веществ. Если состояние больного остается стабильным, специалисты продолжают наблюдать за пульсом и температурой тела.

Видео: эндоскопия при синдроме Мэллори-Вейса

Лечение

Больных с синдромом Мэллори-Вейса госпитализируют в стационар хирургического профиля. Им назначают строгий постельный режим, поскольку любые движения, а тем более активные, усиливают кровотечение. В остром периоде кровотечения показан голод. После прекращения кровотечения назначают диету, состоящую из охлажденных и жидких блюд: супов, пюре, каши, йогуртов, киселя. Постепенно рацион больных расширяют, добавляя мясное суфле, яйца всмятку, запеченные яблоки. Пищу рекомендуют принимать через каждые два часа, объем одной порции должен быть не более 200 грамм.

На живот кладут лед, промывают желудок ледяной водой, заставляют проглатывать кусочки льда. От холода сосуды спазмируются, кровотечение останавливается. Эти простые скорпомощные методы позволяют избавиться от кровотечения.

Самостоятельно лечение синдрома Мэллори-Вейса в домашних условиях недопустимо. Без оказания профессиональной медицинской помощи больной может погибнуть.

Консервативное лечение

Терапия синдрома Мэллори-Вейса заключается в применении холода, антацидов, коагулянтов, зондирования. В редких случаях кровотечение может прекратиться самостоятельно в течение двух-трех суток.

- Коллоидные и кристаллоидные растворы вводят внутривенно капельно: физиологический раствор, глюкозу, раствор Рингера, «Реополиглюкин», альбумин.
- Антацидные препараты нейтрализуют действие соляной кислоты — «Ренни», «Маалокс», «Гастал», «Алмагель».
- Ингибиторы протонной помпы блокируют выработку соляной кислоты — «Омепразол», «Нольпаза», «Рабепразол».
- Гемотрансфузию проводят лицам, потерявшим много крови. Обычно переливают эритроцитарную массу и свежезамороженную плазму.

- «Вазопрессин» и «Соматостатин» назначают для уменьшения кровоснабжения слизистых оболочек
- Для уменьшения тошноты и позывов к рвоте назначают «Церукал».
- Коагулянты прямого действия помогают остановить кровотечение — «Викасол», «Дицинон».
- Зонд Блэкмора вводят в желудок, фиксируют нижний баллон и раздувают верхний, который находится в нижней части пищевода. Механическое сдавление пораженных сосудов обеспечивает стойкий гемостатический эффект.

Эндоскопия

Существует несколько эндоскопических способов лечения болезни:

1. Место кровотечения обкалывают адреналином или норадреналином. Благодаря резкому спазму сосудов наступает гемостатический эффект.
2. Аргоноплазменная коагуляция — прижигание кровоточащего сосуда аргоном. Это технически сложный, современный и высокоэффективный метод лечения, позволяющий добиться стойкого гемостаза. Его применяют при продолжающихся кровотечениях средней и малой интенсивности. При интенсивных кровотечениях аргоноплазменная коагуляция является заключительным этапом эндоскопического лечения, которому предшествует выполнение инъекционных методик.
3. Электрокоагуляция не менее эффективный метод, особенно в сочетании с введением адреналина. Температурное воздействие на кровоточащий сосуд осуществляется с помощью переменного или постоянного высокочастотного электрического тока.
4. Криовоздействие на источник кровотечения, использование лазерного облучения.
5. Введение в очаг поражения склерозирующих веществ позволяет добиться остановки кровотечения. «Этоксисклерол» — новый и весьма эффективный препарат, который применяется для проведения процедуры склерозирования кровоточащих сосудов. Действие склерозантов основано на формировании внутрисосудистого тромба, утолщении интимы и появлении фиброзной ткани.
6. Лигирование и клипирование сосудов — наложение на кровоточащий сосуд лигатуры или металлической клипсы.

При отсутствии эффекта от консервативной и эндоскопической терапии, при наличии глубоких разрывов и частых рецидивов переходят к оперативному вмешательству. Проводят срединную лапоротомию, гастротомию, прошивают кровоточащие сосуды, ушивают слизистую оболочку в месте разрыва. Хирургическое лечение — единственно возможный способ спасти жизнь пациента при профузных и обильных кровотечениях.

Чтобы предупредить развитие синдрома Мэллори-Вейса, необходимо устранить все провоцирующие факторы. Прежде всего, следует отказаться от злоупотребления спиртными напитками, не допускать переедания, вовремя лечить заболевания пищеварительного тракта.

Небольшое повреждение слизистой оболочки делает прогноз патологии относительно благоприятным. Летальный исход при синдроме Мэллори-Вейса регистрируется крайне редко.

Список использованной литературы:

1. Эндохирургические вмешательства при острых заболеваниях органов брюшной полости (практическое руководство) Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш. Ким И.А., 1996 Казань: Эндохирургия Татарстана.
2. Частная хирургия (учебник) под редакцией профессора М.И. Лыткина. Ленинград, 1990 год.
3. Острый аппендицит (практическое пособие). В.М. Седов, Н.В. Туркина, М.С. Богомолов. Санкт-Петербург, СПбМУ имени акад. И.П. Павлова, 1997 год.
4. Хирургия, руководство для врачей и студентов. Геотар Медицина, 1997г. перевод с английского под редакцией Ю.М. Лопухина и В.С. Савельева;
5. Джозеф М. Хендерсон. Патолофизиология органов пищеварения. Бином паблишерс, 1997 год
6. Барбара Бэйтс, Линн Бикли, Роберт Хекельман и др. Энциклопедия клинического обследования больного, перевод с английского. Москва, Геотар медицина 1997г.