



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИНСУФЛЯЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА (МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА)



Авторы: Баранников С.В., Литовкина Т.Е., Чередников Е.Ф., Романцов М.Н., Маслова В.А.
Научный руководитель: д.м.н, доцент Ю.В. Малеев

ВОРОНЕЖ, ФГБОУ ВО ВГМУ ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО МИНЗДРАВА РОССИИ, КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

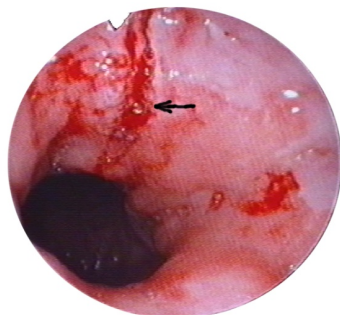


Рис. 1. Эндоскопическая картина разрывно-геморрагического синдрома Меллори-Вейсса. (Стрелкой указан продольный разрыв пищевода-желудочного перехода с продолжающимся кровотечением)

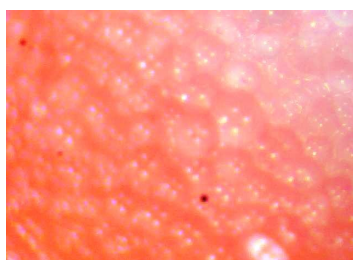


Рис. 2. Гранулы сефадекса-G25 при контакте с капиллярной кровью. Ув. x 100

Актуальность, научная новизна. Разрывно-геморрагический синдром (синдром Меллори-Вейсса) занимает одно из первых мест среди неязвенных желудочно-кишечных кровотечений. Значительное число рецидивов кровотечения и проводимые операции на высоте кровотечения у больных с СМВ продолжают вызывать опасения у большинства хирургов. Перспективным видится разработка комбинированного применения гемостатиков и гранулированных сорбентов для остановки кровотечения и лечения пациентов с синдромом Меллори-Вейсса. В рамках данной работы разработан и внедрен в клиническую практику способ эндоскопического лечения разрывно-геморрагического синдрома (синдрома Меллори-Вейсса), предусматривающий последовательную инсуффляцию порошкообразного желпластана и сефадекса G-25 в количестве 0,3 г (Патент на изобретение РФ № 2633925).

Цель исследования - разработать метод лечения синдрома Меллори-Вейсса, позволяющий повысить эффективность местного гемостаза, снизить риск повторного кровотечения и сократить сроки лечения пациентов.

Методы и результаты исследования. Работа поддержана Советом по Грантам Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых и ведущих научных школ (Грант МК-1069.2020.7). Научное исследование проводилось по двум направлениям: экспериментальное и клиническое. Экспериментальный раздел *in vitro*, посвященный оценке влияния порошкообразного гемостатического средства и гранулированных сорбентов на систему гемостаза, производился на электрокоагулографе Н-334 с кровью здоровых добровольцев. В экспериментальной части доказана целесообразность применения новой комбинации гемостатика желпластана и сефадекса-G25 для достижения наилучшего гемостатического результата.

Клинический раздел основан на анализе результатов лечения 102 больных с синдромом Меллори-Вейсса. Больные разделены на две группы. В группе наблюдения (52 пациента) использовали разработанный способ лечения синдрома Меллори-Вейсса, включающий комбинированное применение с помощью эндоскопа гемостатического средства и гранулированного сорбента.

В группе контроля (50 пациентов) использовали общеизвестные методы эндоскопического гемостаза без применения гемостатического средства и гранулированного сорбента. Проведенные исследования показали, что разработанный способ действовал на основные звенья патогенеза этого заболевания: на появившийся источник кровотечения происходило комбинированное воздействие местного гемостатика желпластана с одновременным прикрытием образовавшегося дефекта цитопротективным гидрогелевым слоем сефадекса – аналогом прикрепленного слоя слизистого геля, являющегося ведущим компонентом цитопротекции во всем желудочно-кишечном тракте. Это позволило добиться окончательной остановки кровотечения у больных группы наблюдения в 98,1% случаев и снизить частоту возобновления кровотечения с 14,0% до 1,9% ($p<0.001$). При этом репаративный процесс в группе наблюдения при таком цитопротективном лечении протекал быстрее и качественнее по сравнению с контролем, ускоряя процессы эпителизации дефектов с 64,0% до 94,2% ($p<0.05$).

Выводы. Разработанный метод эндоскопического гемостаза путем комбинированных инсуффляций желпластана и гранулированного сорбента сефадекса G-25 позволил добиться окончательной остановки кровотечения у больных с разрывно-геморрагическим синдромом в 98,1% случаев, уменьшить частоту возобновления кровотечения с 14,0% до 1,9% ($p<0,001$), стимулируя при этом репаративную регенерацию и ускоряя процессы эпителизации дефектов с 64,0% до 94,2% ($p<0,05$), одновременно сокращая сроки заживления с $9,7\pm 0,55$ до $4,7\pm 0,25$ дней ($p<0,05$).

Таблица – Результаты лечения пациентов с разрывно-геморрагическим синдромом в группе наблюдения и в группе контроля (абс/%)

Показатель	Группа наблюдения (n=52)	Группа сравнения (n=50)	P-value
Окончательная остановка кровотечения стойкий гемостаз	51/98,1%	43/86%	$p<0,05$
Повторные кровотечения	1/1,9%	7/14%	$p<0,001$
Неотложная операция	–	1/2%	$p>0,05$
Летальность	–	2/4%	$p>0,05$
Сроки заживления дефектов (дни)	$4,7\pm 0,25$	$9,7\pm 0,55$	$p<0,05$
Эпителизация дефектов	49/94,2%	32/64,0%	$p<0,05$
Сроки госпитализации (койко-дни)	$5,0\pm 0,5$	$8,0\pm 1,2$	$p<0,05$