

## МЕЛЛОРИ - ВЕЙСС СИНДРОМИНИ КАМ ИНВАЗИВ УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАГАН ХОЛДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ



Якубов Фарход Раджабович<sup>1</sup>, Сапаев Дусчан Шухратович<sup>1</sup>, Эрниязов Эрнияз Азимович<sup>2</sup>, Маткурбонов Наврузбек Одилбек ўғли<sup>1</sup>, Якубов Режаббой Фарход ўғли<sup>1</sup>

1 - Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Урганч ш.;

2 - Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиали, Ўзбекистон Республикаси, Урганч ш.

### ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ–ВЕЙССА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Якубов Фарход Раджабович<sup>1</sup>, Сапаев Дусчан Шухратович<sup>1</sup>, Эрниязов Эрнияз Азимович<sup>2</sup>, Маткурбонов Навруз Одилбек ўғли<sup>1</sup>, Якубов Режаббой Фарход ўғли<sup>1</sup>

1 – Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч.;

2 – Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ургенч

### DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF MALLORY-WEISS SYNDROME USING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES

Yakubov Farkhod Radjabovich<sup>1</sup>, Sapaev Duschan Shukhratovich<sup>1</sup>, Erniyazov Erniyaz Azimovich<sup>2</sup>, Matkurbonov Navruz Odilbek oglu<sup>1</sup>, Yakubov Rejabboy Farkhod oglu<sup>1</sup>

1 – Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench;

2 - Khorezm branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Urgench

e-mail: [erniyaz@mail.ru](mailto:erniyaz@mail.ru)

**Резюме.** Тадқиқотнинг мақсади: Меллори-Вейсс синдромини шошилинч шифохоналарда эндоскопик усулдан фойдаланган ҳолда даволашнинг самарадорлигини ўрганиш. Тадқиқотнинг материали и усуллари. Қўйилган мақсадни амалга ошириш учун Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиалида 2011-2021 йилларда қизилўнғач ошқозон ўтиши соҳасидан қон кетиши билан даволанган 101 та бемор тахлил қилинди. Натижалар. Биринчи гуруҳ беморлар 2006-2010 йилларда даволанган, ностабил гемодинамикадаги оғир даражадаги қон йўқотиши белгилари бўлган консерватив чоралар наф бермаган 9 нафар бемор анъанавий усул билан шошилинч операция қилиниб гастротомия ва йиртилган соҳани тикиши амалиёти бажарилган. 2011 йилдан бошлаб деярли барча беморларга ҳаттоки фаол қон кетиши белгилари бўлмаган тақдирда ҳам эндоскопия муолажаси бажарила бошлаган. 11% (n=7) беморларда рецидив қон кетиши кузатилиб, қайта эндоскопик гемостазнинг комбинирланган усулидан фойдаланилди. Хулоса. Меллори-Вейсс синдромида эндоскопик усулдаги гемостазда тургун қон кетишини тўхтатишга эришиши мумкин. Агарда рецидив кузатилса, эндоскопик гемостазнинг комбинирланган усулини қўллаш яхши натижа берди.

**Калим сўзлар:** Меллори-Вейсс синдроми; ошқозон – ичак тизимидан қон кетиши; кам инвазив усуллар; хирургик даво.

**Abstract.** Objective: to study the effectiveness of the treatment of Mallory-Weiss syndrome in emergency medical care with the predominant use of endoscopic methods of hemostasis. Material and methods. To solve the tasks, an analysis of the treatment of 101 patients with bleeding from the rupture of the esophageal-gastric junction, who were admitted to the Khorezm region of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in an emergency order in the period from 2006 to 2021, was carried out. Results. The first group of patients were treated in 2006-2010, 9 patients who did not succumb to conservative measures with signs of severe blood loss with non-existent hemodynamics were subjected to emergency surgery by the traditional method of gastrotomy and the practice of suturing the torn area. Since 2011, almost all patients have started to undergo an endoscopy procedure, even in the absence of signs of active bleeding. Recurrent bleeding was observed in 11% (n=7) of patients, and a combined method of repeated endoscopic hemostasis was used. Conclusion. With Mallory-Weiss syndrome, it is possible to achieve the cessation of stagnant bleeding with the endoscopic method of hemostasis. If there is a relapse, then the use of the combined method of endoscopic hemostasis gave a good result.

**Keywords:** Mallory–Weiss syndrome; bleeding from the gastrointestinal tract; minimally invasive methods; surgical treatment.

**Кириш.** Меллори-Вейсс синдроми ошқозон - ичак тизимининг юқори қисмларидан қон кетиш бўйича 3 ўринни эгаллабгина қолмай, умумий ўлим кўрсаткичи 5-10% ни ташкил этади ва қайталаниши хавфи ўта юқори бўлиб [1], ҳар хил муаллифларнинг кузатувларига кўра 20-35% гача боради [1, 2]. Қайд қилинган кўрсаткичлар, бу муаммони ҳал қилинмаган жихатлари кўплигидан далолат бериб, долзарблигини бошқа ошқозон - ичак тизимидан қон кетиш билан кузатиладиган нозологиялар, яъни гастродуоденал қон кетиш, портал гипертензия синдроми қаторига қўйиш мумкин.

Меллори-Вейсс синдроми, бу қизилўнғач ва ошқозоннинг шиллик қаватини узунасига ҳар хил даражада ўткир йиртилиши туфайли, қизилўнғач ва ошқозондан қон кетишига олиб келадиган ҳолат. Маълумки қизилўнғач ва ошқозоннинг шиллик қаватини ўткир йиртилишига олиб келадиган омил, бу спиртли ичимликларни меъеридан ортиқ ичиш натижасида қайд қилишдир. Қон кетишни интенсивлиги, қизилўнғач ва ошқозоннинг қаватларини ўткир йиртилиш чуқурлигига ва қайси ва қандай диаметрдаги қон томирни йиртилишига боғлиқ бўлади [3].

Меллори- Вейсс синдроми оператив даволаш асосан, беморни кенг лапаротомия ва гастротомия қилиб, йиртилган соҳани тикиб, қон тўхтатишга қаратилган. Лекин кейинги вақтларда эндоскопик асбоб ускуналарнинг имкониятлари, бу касалликни даволашда кенг йўл очиб берди ва бир биридан янги эндоскопик усулларни яратиш бўйича олимлар орасида кенг қўламли ишлар олиб борилди [4, 5]. Ундан ташқари ҳар бир беморни ҳолатидан ва йўлдош касалликларидан келиб чиққан ҳолда, илмий асосда ишлаб чиқилган ҳаракат алгоритмига риоя қилиш, эндоскопик муолажанинг самарасига яққол таъсир кўрсатиб, қайта рецидив қон кетиш эхтимоллик даражасини кўрсатиб беради.

**Тадқиқотнинг мақсади.** Меллори-Вейсс синдроми шошилишчи шифохоналарда эндоскопик усулдан фойдаланган ҳолда даволашнинг самарадорлигини ўрганиш.

**Материал ва методлар.** Қўйилган мақсадни амалга ошириш учун Республика шошилишчи тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиалида 2006-2021 йилларда қизилўнғач ошқозон ўтиш соҳасидан қон кетиш билан даволанган 101 та бемор тахлил қилинди.

2006-2010 йилларда клиникамизда ҳали эндоскопик усул кенг қўлланила бошламаган даврда даволанган 38 та беморнинг касаллик тарихлари ретроспектив тарзда ўрганиб чиқилди (1 гуруҳ). Бунда енгил ва ўрта даражадаги қон кетиш билан бўлган 29 та бемор консерватив даволанган. Ностабил гемодинамикадаги, оғир да-

ражадаги қон йўқотиш белгилари бўлган, консерватив чоралар наф бермаган 9 нафар бемор анъанавий усулда шошилиш операция қилинган.

2011-2021 йилларда яъни эндоскопик усуллар кенг қўлланила бошлаган даврда Меллори-Вейсс синдроми билан даволанган 63 нафар бемор проспектив тарзда ўрганилди (2 гуруҳ). Барча беморлар тўла тўқис текширишдан ўтказиш, йўқотилган қоннинг ўрнини тўлдириш, ошқозон - ичак тизимини эндоскопия муолажасига тайёрлаш ва алкогольдан мастлик асоратларини бартараф қилиш мақсадида қабул бўлмадаги интенсив палаталарга жойлаштирилди. Барча муолажалар интенсив палатада адекват оғриқсизлантириш остида реаниматолог назоратида амалга оширилди.

Бирламчи эндоскопияда қон кетиш ўчоғи 73% (n=46) ҳолатда аниқланди. Эндоскопик муолажалар юқорида кўрсатилган омиллардан келиб чиқиб 10 дақиқадан 40 дақиқача давом этган. Давом этаётган қон кетиш 51% (n=32) беморда аниқланди, шулардан 24% (n=7) да узлуксиз қон кетиш 27% (n=8)да диффуз қон кетиш намоён бўлган. Фаол қон кетиш белгилари 48% (n=30) беморда кузатилмаган.

Эндоскопик усулда инъекцион гемостаз (Адреналин 0,005%, физиологик эритма) 33 нафар беморда амалга оширилган, 15 нафарида термик (диатермокоагуляция) гемостаз қўлланилган, 4 нафарида механик усул (қон кетаётган томирни эндоскопик клипирлаш ва йиртилган соҳани эндоскопик лигирлаш)дан фойдаланилган, эндоскопик усулни комбинирланган усулини (инъекцион ва механик, инъекцион ва термик) 14 нафар беморда қўлланилди.

Фаол қон кетиш белгилари кузатилмаган 48% (n=30) беморда, эндоскопия пайтида инъекция ёки диатермокоагуляция усулида профилактик аппликация бажарилган.

Эндоскопик гемостазнинг у ёки бу усулини самаралилигини баҳолаш, амалиётдан кейин эрта даврда гемостазнинг турғунлиги ва қайта қон кетиш кузатилмаганлиги каби мезонлар билан амалга оширилди. Амалиёт шуни кўрсатдики, Меллори-Вейсс синдромида, аппликациянинг механик ва комбинирланган турлари, эндоскопик гемостазнинг энг самарали ва қайта қон кетиш такрорланмайдиган усуллари сифатида намоён бўлди.

Меллори-Вейсс синдромида эндоскопик гемостазнинг моновариант турлари, яъни инъекцион ва термик усуллари ўзининг самараси жихатидан биров пастроқ натижа кўрсатиб, тез-тез қайталаниб рецидивлар кузатилди.

Қизилўнғач ва ошқозон ички қаватидаги шикастланишлар ўлчами 5 мм.дан 50 мм.гача бўлиб, кенглиги 2 мм.дан 10 мм.гача, чуқурлиги 2 мм.дан 7 мм.гача бўлган. Шикастларни чуқурлигини баҳолаш учун Н. Bellman (1984 й) таснифидан фойдаланилди. Бу таснифга кўра I-

даражали шикастлар 61% (38 нафар) беморда, II-даражали шикастлар 37% (23 нафар) беморда ва III-даражали шикаст 1,2% (2 нафар) беморда кузатилди.

Олинган натижаларни статистик таҳлил қилишда вариацион таҳлил усулидан фойдаланилди. Аниқлилик фарқини баҳолашда параметрик ва нопараметрик мезонлардан фойдаланилди.  $P < 0.05$  кўрсаткичга эга бўлганда, фарқлар тўғри деб ҳисобланилди.

**Натижалар ва муҳокамалар.** Биринчи гуруҳ беморлар 2006-2010 йилларда даволанган, ностабил гемодинамикадаги оғир даражадаги қон йўқотиш белгилари бўлган консерватив чоралар наф бермаган 9 нафар бемор анъанавий усул билан шошилиш операция қилиниб гастротомия ва йиртилган соҳани тикиш амалиёти бажарилган. Амалиётдан кейин ҳар хил асоратлар кузатилиб, 2 нафар беморда ўлим ҳолати юз берган. Шундай қилиб, эндоскопик усул кенг қўлланила бошлаган даврдаги Меллори-Вейсс синдроми билан даволанган беморларда умумий ўлим кўрсаткичи 5,2% ни ташкил этган.

2011 йилдан бошлаб деярли барча беморларга ҳаттоки фаол қон кетиш белгилари бўлмаган тақдирда ҳам эндоскопия муолажаси бажарила бошлаган. 11% ( $n=7$ ) беморларда рецидив қон кетиши кузатилиб, қайта эндоскопик гемостазнинг комбинирланган усулидан фойдаланилди. Умумий ўлим кўрсаткичи 0,52% ни ташкил этиб, ўлимга жигар етишмовчилиги сабаб бўлган. Иккинчи гуруҳда анъанавий амалиётлар бажарилмаган чунки эндоскопик усулдаги гемостазда деярли турғун ҳолатдаги қон кетишини тўхтатишга эришилган.

#### **Хулоса:**

1. Меллори-Вейсс синдромида эндоскопик усулдаги гемостазда турғун қон кетишни тўхтатишга эришиш мумкин. Агарда рецидив кузатилса, эндоскопик гемостазнинг комбинирланган усулини қўллаш яхши натижа бериши.

2. Меллори-Вейсс синдромида даволашда эндоскопик технологияларнинг тиббиётга кенг тадбиқ этилиши оператив фаолликни кескин камайтириб, ўлим кўрсаткичини пасайтирди.

3. Меллори-Вейсс синдромида эндоскопик муолажалар қаватларни йиртилиш даражасини, қон кетиш интенсивлигини аниқлаб бериб, адекват хирургик тактикани қўллаш имконини бериши.

#### **Адабиётлар:**

1. Розиков Ю.Ш., Алексанян А.А., Гоголашвили Д. Г. Яра этиологиясига эга бўлган гастродуоденал қон кетишларда эндоскопик гемостазни комбинирланган усулини қўллаш. Тезис. Тўп. «Амбулатор хирургиянинг муаммолари». Мат.

Поликлиника хирургларининг IV конференцияси. М. 2003: 45-48.

2. Лопатников А.В. Ошқозон ичак тизимини юқори қаватидан қон кетганда фаол эндоскопик тактика. Тезис. Тўп. Москва хирургларининг биринчи конгресси «Шошилиш ва ихтисослашган хирургик ёрдам». М. 2005: 22.

3. Панцырев Ю.М., Федеров Е.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. Меллори-Вейсс синдромида қон кетганда эндоскопик даволаш. Хирургия 2003: 10: 12-16.

4. Вербицкий В.Г., Кузьмич А.А., Курьгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Ошқозон ичакдан қон кетишни консерватив даволаш. «Шошилиш хирургик гастроэнтерология». Врачлар учун қўлланма. Ред. СПб: Питер. 2001: 94-108.

5. Загидов М.З., Загидова А.М., Велиева Ц.К. Меллори-Вейсс синдромида даволаш тактикаси. Тезис. Тўп. Москва хирургларининг биринчи конгресси «Шошилиш ва ихтисослашган хирургик ёрдам». М. 2005: 14.

### **ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Эрниязов Э.А., Матқурбонов Н.О., Якубов Р.Ф.

**Резюме.** Цель: изучение эффективности лечения синдрома Меллори-Вейсса в условиях экстренной медицинской помощи при преимущественном использовании эндоскопических способов гемостаза. Материал и методы. Для решения поставленных задач был проведен анализ лечения 101 пациента с кровотечением из зоны разрыва пищевода-желудочного перехода, поступивших в Хорезмскую области Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в экстренном порядке в период с 2006 по 2021 год. Результаты. Первая группа пациентов проходила лечение в 2006-2010 годах, 9 пациентов, которые не поддались консервативным мерам с признаками тяжелой кровопотери при несуществующей гемодинамике, были подвергнуты экстренной операции традиционным методом гастротомии и практикой ушивания разорванного участка. С 2011 года почти все пациенты начали проходить процедуру эндоскопии, даже при отсутствии признаков активного кровотечения. У 11% ( $n=7$ ) пациентов наблюдалось рецидивирующее кровотечение, и был использован комбинированный метод повторного эндоскопического гемостаза. Заключение. При синдроме Меллори-Вейсса можно добиться прекращения застойного кровотечения при эндоскопическом методе гемостаза. Если наблюдается рецидив, то применение комбинированного метода эндоскопического гемостаза дало хороший результат.

**Ключевые слова:** синдром Меллори-Вейсса; кровотечение из желудочно-кишечного тракта; малоинвазивные методы; хирургическое лечение.