

**ПРАВИТЕЛСТВО НА МОСКВА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

**НАУЧНО-ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ИНСТИТУТ  
ЗА БЪРЗА ПОМОЩ „Н.В.СКЛИФОВСКИ”**

**Авторските права върху текста  
принадлежат на**

**ДЕСИМИР НИКОЛОВ БОРИСОВ**

**ЕНДОСКОПИЧНА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
НА БОЛНИ СЪС СИНДРОМА НА МЕЛОРИ – ВАЙС,  
УСЛОЖНЕН С КРЪВОТЕЧЕНИЕ**

**14.00.27 - Хирургия**

**Автореферат по дисертация за придобиване  
на научна степен кандидат на медицинските науки**

**МОСКВА -2001**

Работата е проведена в научно-изследователския институт за бърза помощ „Н.В. Склифосовски” към Комитета по здравеопазване на гр. Москва

**Научен ръководител:** доктор на медицинските науки,  
С.В. Волков

**Научен консултант:** доктор на медицинските науки,  
професор Г.П. Титова

**Официални опоненти:** доктор на медицинските науки,  
професор Н.Н. Каншин  
доктор на медицинските науки,  
професор П.А. Никифоров

**Водеща организация** – Руски научен център по хирургия към РАМН.

Защитата ще се състои на / / 2001 г. в часа на заседание на Дисертационния Съвет Д-850.010.01 в научно-изследователския институт за бърза помощ „Н.В. Склифосовски” на адрес: 129010, Москва, пл. Б. Сухаревская, № 3 (корпус 4, зала за заседания на Научния съвет).

С дисертацията можете да се запознаете в библиотеката на НИИ за бърза помощ „Н.В. Склифосовски”.

Авторефератът е разпратен на / / 2001 г.

**Научен секретар**  
на дисертационния съвет,  
доктор на медицинските науки, професор

**А.А. Гуляев**

## ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА РАБОТАТА

### Актуалност на проблема.

По данни на руската и чужда литература болните със синдром на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение, сред всички болни с остри стомашно – чревни кръвотечения в горната част на стомашно – чревния тракт са 3% – 16%. При това диагностичните грешки са 3–5%, леталност – до 5%. (Ю.М. Панцирев в съавт., 1988; А.С. Ермолов в съавт., 1997; В.И. Ревякин в съавт., 2000; К. Paguet et al., 1990).

Основният метод на диагностика на синдрома Мелори - Вайс днес е ендоскопичният, методи на лечение - консервативен, оперативен и ендоскопичен. При определяне на показанията за избиране на метод на лечение, не винаги се отчита възможността за ендоскопична хемостаза. (В.М. Гуцу в съавт., 2000; J. Escourrou et al., 1990).

В значителна част от наблюденията развитието на синдрома на Мелори–Вайс е свързано с функционалните и анатомични особености на кардио-езофагеалната област. Изучаването на особеностите на моториката и морфологията на кардио-езофагеалната област може да обясни някои условия, спомагащи за развитието на дадения синдром. Заедно с това, при тази категория болни се развиват рецидиви на кръвотечения и причините за тяхното развитие са неясни. Рецидивите може да се свържат както с функционалните особености на тази област, така и с възможната проява на висока активност на киселино произвеждащата функция на стомаха и с особеностите в изменението на трофичността на лигавицата в дадената област. Липсата на ясна представа за етиопатогенезата на синдрома на Мелори–Вайс затруднява избора на адекватен метод на лечение, провеждането на мероприятия за предотвратяване на рецидиви на заболяването.

По такъв начин, получаването на нова информация за протичането на заболяването при тази категория болни, откриването на причините за недостатъчна ефективност на диагностиката, причините за рецидивите на кръвотечението ще позволи да се разработят организационни и лечебни мероприятия, които могат да подобрят резултатите от лечението на тази категория болни.

Следователно, за разрешаването на тези въпроси смятаме за актуално провеждането на изследвания в това направление.

**Цел на изследването.** Цел на настоящото изследване е изучаването на възможността за ендоскопична диагностика и оценка на значимостта на ендоскопичните методи на лечение и

профилактика на рецидивите при протичането на синдрома на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение.

**Задачи на изследването.** В работата бяха поставени следните задачи:

Да се оценят резултатите от ендоскопичната диагностика на синдрома на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение.

Да се оцени ефективността на ендоскопичното спиране на кръвотечението с методите на инфилтрация на лепило и спиртна инфилтрация.

Да се изучи моториката на кардио-езофагеалния преход и хранопровода при болни със синдром на Мелори-Вайс.

Да се изучи зависимостта на рецидива на кръвотечението при болни със синдром на Мелори-Вайс от киселинно произвеждащата функция на лигавицата на стомаха и рефлукса на стомашното съдържание в хранопровода.

Да се изучи морфологичното състояние на лигавицата на кардио-езофагеалната област при болни със синдром на Мелори-Вайс.

**Научност на изследването.** За първи път са изучени функционалните особености на протичането на синдрома на Мелори-Вайс.

Изучен е характера на морфологичните, патологоанатомични изменения на лигавицата на кардиоезофагеалната област при болни със синдром на Мелори-Вайс. Проведените изследвания уточняват етиологията и патогенезата на синдрома на Мелори-Вайс.

Изучени са особеностите на комплексната ендоскопична диагностика и лечение при болните със синдром на Мелори-Вайс. За първи път е оценена ефективността на ендоскопичния инжекционен метод със 70° етилов спирт за спиране на кръвотечението при болни със синдром на Мелори-Вайс. Обоснована и доказана е ефективността и целесъобразността на приложение на ендоскопичните инжекционни методи на хемостаза с лечебни цели.

**Практическа значимост на работата.** Дадени са практически препоръки по приложението на диагностичните и лечебни ендоскопични намеси за подобряване на резултатите от ендоскопичното лечение и профилактика на рецидивите на кръвотечение при болните със синдром на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение. Определена е значимостта на методите на ендоскопична хемостаза за спиране на кръвотеченията и профилактика на рецидива на кръвотечение.

**Внедряване.** Основните положения на дисертационната работа са апробирани и внедрени в практическата дейност на отделението по неотложна хирургична гастроентерология и неотложни ендоскопични изследвания на НИИ за бърза помощ „Н.В. Склифосовски”.

**Структура на работата.** Дисертацията е изложена на 124 машинописни страници, съдържа 29 таблици, 10 рисунки. Работата се състои от увод, 3 глави, заключение, изводи, практически препоръки и указател на литературата, който включва 199 названия (в това число, работи на руски автори и чужди автори).

**Апробация на работата.** Основните положения на дисертацията са докладвани на:

- Пета Руска гастроентерологична седмица, Москва, 1999 г.;
- 4-ти Московски международен конгрес по ендоскопична хирургия, Москва, 2000 г.

**Публикации.** По темата на дисертацията са публикувани 5 научни работи.

### **Собствени изследвания.**

**Характеристика на болните и методи на изследване.** Основа на настоящата работа е анализът на резултатите от диагностиката и лечението на 223 болни със синдром на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение, които са постъпвали в НИИ за БП „Н.В. Склифосовски” в периода от 1991 г. до 2000 г.

Ендоскопичните изследвания са имали две направления – диагностично и лечебно. Клиничното изследване на болните е включвало щателно събиране на данни от анамнезата, лабораторни изследвания, динамично наблюдение.

Диагностичната езофагогастродуоденоскопия е изпълнявана при постъпването на болния или в първите часове след хоспитализиране в случай на наличие на признаци за СЧК (*б.пр.: стомашно-чревно кървене*) или подозрение за такова. Възрастта на болните се движи от 18 до 83 години. 177 (79,4%) от тях са мъже.

При изследването на болните в стационар е диагностицирана съпътстваща патология, която най-често се проявява при болни с първа и втора степен на активност на кръвотечението. Предимно са диагностицирани заболявания на задстомашната жлеза и жлъчния мехур.

Активността на кръвотечение при болните със синдром на Мелори-Вайс е определяна по класификацията на J. Forrest. При 61 болни (27,4%) е открито продължаващо кръвотечение (група IA/B) към момента на ендоскопичното изследване. Спряло кръвотечение (IIA/B) има при 123 болни (55,1%), ендоскопични признаци на кръвотечение към момента на прегледа липсват при 39 болни (17,5%). Степента на тежест на кръвозагуба при болните със синдром на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение е определяна по класификацията на А.И. Горбашко. При 109 болни (48,9%) кръвозагубата е от лека степен, при 67 (30,0%) – средна степен и при 47 (21,1%) – тежка степен.

Лечебна езофагогастродуоденоскопия е проведена при първичния преглед за спиране на продължаващото кръвотечение при 61 болни от синдрома на Мелори-Вайс и за профилактика на рецидива му при спряло кръвотечение – при 58. Изпълнени са методи на ендоскопична хемостаза (ЕХ): ендоскопична инфилтрация с медицински лепило МИК-Т; ендоскопична инфилтрация със 70° етанол; оросяване с 10% разтвор на азотен окис на сребро; фотокоагулация Nd-YAG с лазер; на 104 болни не е правена ендоскопична хемостаза (Табл. 1).

Таблица 1.

## Методи на ендоскопична хемостаза

Метод ЕХ	Продължав. кръвотечение		Спряло кръвотечение		Общо
	n	%	n	%	
Мед. Лепило	19	31,2	12	7,4	31
Етанол	39	63,9	32	19,8	71
10% AgNO <sub>3</sub>	-	-	14	8,6	14
ЛФК	3	4,9	-	-	3
Без ЕХ	-	-	104	64,2	104
Общо:	61	100,0	162	100,0	223

За ендоскопичното изследване на горната част на стомашно-чревния тракт са използвани влакнесто-оптични ендоскопи на фирма "Olympus" (Япония) – D3, K, IT, XQ10, XQ20, XQ30, P2, P10; фирма "Pentax" (Япония) – FG-29H; фирма "Fujinon" (Япония) – UGI-F-7. Вземането на материал за морфологични изследвания е осъществено с биопсионни щипци от различен тип – FB-21R, FB-25K, K2416R.

Инсталацията за регистриране на импеданса и налягането на вътрешната кухина на кухите органи включва импедансоманометрична сонда с електроди, обемен тензодатчик, регистриращо електрически импеданс устройство и компютър на базата на процесор "Intel Pentium – 166 MHz" с монитор. За комплексната оценка на моторната функция (МФ) на хранопровода едновременно е провеждано измерване на електрически импеданс с помощта на електродите на въведенана в отвора на хранопровода сонда, и на налягането в отвора на хранопровода по метода на отворения катетър с последващо съпоставяне на резултатите.

Киселинно образуващата функция на стомаха е оценявана по метода на вътрешностомашна рН-метрия с използване на прибора "Гастроскан-5М".

### Методи на изследване и лечение:

Диагностична езофагогастродуоденоскопия;  
 Метод на ендоскопична инфилтрация с лепило;  
 Метод на ендоскопична инфилтрация със 70° етанол;  
 Метод на апликация;  
 Метод на лазерна фотокоагулация;  
 Метод на вътрешна импедансоманометрия;  
 Метод на манометрия с отворен катетър;  
 Метод на вътрешностомашна рН-метрия;  
 Метод на морфологични изследвания.

### Резултати от изследванията и обсъждането им.

#### Ефективност на ендоскопичната диагностика при болни със синдром на Мелори – Вайс.

При екстрено ендоскопично изследване синдром на Мелори – Вайс е открит при 84,8% от болните при първичния преглед. Но при повторно изследване в течение на няколко часа синдром на Мелори-Вайс е диагностициран при всички 223 (100%) болни.

Ендоскопичната диагностика позволи да се установи наличие на съпътстваща патология в горната част на стомашно-чревния тракт. Съпътстващата патология най-често се среща при първа и втора степен на активност на кръвотечението (86,0%). Една или друга патология на кардиезофагеалната област или хранопровода е открита при 58,2% от наблюденията, патология на стомаха и дванадесетопръстника - в 41,8% от наблюденията.

Разкъсвания с дължина до 1 см. Са отбелязани при 48,9% от болните, с размери 1-2 смм при 30,0%, и при 21,1% - повече от 2 см. Единични разкъсвания са отбелязани при 73,6% от болните, 2 разкъсвания при 14,3%, 3 и повече разкъсвания при 12,1%. Разкъсвания с локализация в хранопровода при 20,6% от болните, по-ниско от назъбената линия при 31,0%, по-високо и по-ниско от назъбената линия при 48,4%.

Продължаващо кръвотечение (група IА/В) най-често се отбелязва при разкъсвания с дължина до 1 см. При дължина на разкъсването 1-2 см. Разпределянето на болните по групи активност на кръвотечението не се различава съществено. Установено е, че активността на кръвотечението при синдрома на Мелори-Вайс не зависи от количеството на разкъсванията на лигавицата и от локализацията на разрива относно «назъбената линия». При активност на кръвотечението от IАВ и III разкъсванията на лигавицата на най-често са локализирани на задната стена; при IIАВ – по-голямата част от разкъсванията на лигавицата на са локализирани на дясната стена.



Оценявайки ефективността на ендоскопичната диагностика при първичния преглед е отбелязано, че при мъжете броят на не диагностицираните случаи е повече, отколкото при жените. Такава разлика обясняваме с това, че мъжете по-често постъпват в състояние на алкохолно опиянение, което затруднява изследването. Оценявайки влиянието на възрастта на болните върху качеството на диагностиката на синдрома на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение установихме, че най-много несполуки са отбелязани при възрастови групи 30-39 години и в групата по-възрастни от 70 години.

Като анализирахме съотношението на тежестта на кръвозагубата и грешките в диагностиката, ние стигаме до заключение, че броят грешки в абсолютно и процентно изражение се увеличава с нарастването на степента на тежест на кръвозагубата (Таб. 2).

Неуспехите на диагностиката може да се свържат с общата тежест на състоянието на болните и наличието на голямо количество кръв в отвора на органа, ограничаващи времето и усложняващи условията за провеждане на изследването. Честотата на грешка е по-голяма при болни с активност на кръвотечението IA/B и III по Forrest. Ние предполагахме, че диагностиката в група I е затруднена поради активното постъпване на кръв, голямото количество кръв и съсиреци в отвора на хранопровода и стомаха, а в група III – кръвотечения към момента на прегледа не е имало и при ендоскопичното изследване, вероятно, не е провеждан щателен оглед на лигавицата.

Таблица 2.

Резултати от първичната диагностика в зависимост от степента на тежест на кръвозагубата

Тежест на кръвозагубата	Първична диагностика			
	Диагностицирани		Не диагностицирани	
	n	M ± m	n	M ± m
I степен	101	92,7±2,6	8	7,3±2,6
II степен	52	77,6±5,8	15	22,4±5,8
III степен	36	76,6±7,2	11	23,4±7,2
Общо:	189	84,8±2,6	34	15,2±2,6

P<0,05

Продължителността на кръвотечението преди хоспитализацията определя ефективността на ендоскопичното изследване. Така, в I-вото денонощие след началото на заболяването диагноза



не е поставена средно при 20% от болните със синдром на Мелори-Вайс, като в същото време на 2 – 3 денонощие не са диагностицирани значително по-малко болни – 4,3%. След 3 денонощие диагноза е установена при всички болни със синдром на Мелори-Вайс.

От 34 пациента, при които при първичен преглед не е бил диагностициран синдром на Мелори-Вайс, при 21 болни изследване не е било възможно да се изпълни във връзка с тяхното неадекватно поведение. При 13 болни изследването е изпълнено, но, наличието на голямо количество кръв и съсиреци в стомаха и хранопровода не е позволило адекватно да се оцени състоянието на лигавицата.

При болни със синдром на Мелори-Вайс при първичен ендоскопичен преглед са диагностицирани конкурентни източници на кръвотечение в 11 случая (ерозивен езофагит при 1; ерозивен гастрит при 2; язва на стомаха при 5; язва на двенадесетопръстника при 3 болни).

**Резултатите от ендоскопичната хемостаза при болни със синдром на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение.** Методите на ендоскопична хемостаза са използвани при 119 болни (53,4%). Резултатите от ендоскопичната хемостаза са оценявани по следните положения: 1) спряло е кръвотечението, 2) не е спряло кръвотечението, 3) рецидив на кръвотечението.

Ендоскопична намеса за спиране на продължаващо кръвотечение е изпълнена на 61 болни - с активност на кръвотечение IA по Forrest – 6 болни и IB – 55 болни (Табл. 3).

С цел профилактика на рецидива при спряло кръвотечение методите на ЕХ са приложени при 58 болни – с активност на кръвотечение IIA по Forrest при 53 болни и IIB - при 5 болни.

Методите на ЕХ не са прилагани при 104 пациента с различен характер на кръвотечението (Forrest IIA – 3 болни, Forrest IIB - 62 болни и Forrest III - 39 болни).

Таблица 3.

Разпределение на болните по ендоскопична лечебна тактика.

Активност на СЧК	ЕХ за спиране	ЕХ за профилактика	Без ЕХ	Общо
IA n(%)	6 (9,8%)	0	0	6 (2,7%)
IB n(%)	55 (90,2%)	0	0	55 (24,7%)
IIA n(%)	0	53 (91,4%)	3(2,9%)	56 (25,1%)
IIB n(%)	0	5 (8,6%)	62 (59,6%)	67 (30,0%)
III n(%)	0	0	39 (37,5%)	39 (17,5%)
Общо n(%)	61 (100%)	58 (100%)	104 (100%)	223 (100%)

В групата болни с продължаващо кръвотечение (IA и IB) кръвотечението беше спряно при 96,7% от болните. В група IB кръвотечението беше спряно при всички болни. В група IA кръвотечението беше спряно само при 4 болни от 6, кръвотечението не е спряно само при 2-ма болни с 3-та степен тежест на кръвозагуба. Очевидно е, че ефективността на ЕХ зависи от активността на кръвотечението и степента на тежест на кръвозагубата.

В същото време, анализът на влиянието на пола върху честотата на развитие на рецидивите показва, че рецидив на кръвотечение по-често възниква при жените, отколкото при мъжете. Честотата на развитие на рецидивите на кръвотечение не трябва да се свързва с една от възрастовите групи. Те възникват най-често във възрастови групи от 30 до 59 години и в групата на болни по-възрастни от 70 години. Увеличението на броя рецидиви е в пряка зависимост от броя разкъсвания. Честотата на развитие на рецидивите е достоверно по-ниска при разкъсвания с дължина до 1 см. Локализацията на разкъсванията относно назъбената линия не влияе съществено върху честотата на рецидива.

При анализа на честотата на развитие на рецидивите ние установихме, че най-често те възникват при болни с по-висока степен на кръвозагуба (Табл.4), което вероятно, е обусловено от нарушаването на параметрите на хомеостазата. Обаче, независимо от множеството фактори на условията, влияещи върху възникването на рецидив на кръвотечението, ние предполагахме, че най-значим е методът на ендоскопична хемостаза.

Табл. 4

Зависимост на честотата на възникване на рецидива от степента на тежест на кръвозагубата

Степен на тежест	Без рецидив	С рецидив
I n(% M ± m)	103 (94,5±3,1)	6 (5,5±3,1)
II n(% M ± m)	54 (80,6±5,8)	13 (19,4±5,8)
III n(% M ± m)	35 (74,5±7,8)	12 (25,5±7,8)
Общо: n(% M ± m)	192 (86,1±2,4)	31 (13,9±2,4)

p<0,05

Ефективността на методите на ЕХ съществено са различава. (Табл. 5). Честотата на рецидивите при ЕХ с етанол е значително по-ниска, отколкото при използването на медицинско лепило. Не са отбелязани рецидиви на кръвотечение при използване на лазерна фотокоагулация. Сред

болните, при които методът на ЕХ не е прилаган, рецидивите на кръвотечение се наблюдават при пациенти с активност на кръвотечението IIAB по Forrest.

След ендоскопичното спиране на продължаващото кръвотечение при 61 болни рецидивите на кръвотечение се наблюдават в 13 случая ( $21,3 \pm 5,9\%$ ). Кръвотечение след рецидив не успяхме да спрем при 4 болни, в 7 случая беше спряно. Но след ендоскопичното купиране на рецидива повторен рецидив възникна при 5 души.

При последващо лечение по метода на ендоскопична инфилтрация при всички тези 5 болни кръвотечението е спряно и в последствие няма рецидив. Като цяло, в групата болни с продължаващо кръвотечение (IA/B по Forrest) методите на ЕХ бяха неефективни в 6 случая (9,8%). В това число при 2 болни кръвотечението не е спряно при първичното изследване, а при 4 болни след развитието на повторен рецидив или възникване на кръвотечение от друг източник.

При 58 болни с признаци на спряло кръвотечение е проведена ендоскопична профилактика на рецидива на кръвотечение, който възникна след това в 12 случая (20,7%). След изпълнение на ендоскопичната инфилтрация с цел профилактика на стомашно-чревното кръвотечение при 44 болни рецидивът се появи в 6 наблюдения (13,6%). На 14 болни е изпълнено оросяване на разкъсването с 10% азотен окис на сребро. Рецидив възникна при 6 (42,9%). Всички рецидиви са спрени с ендоскопични методи.

Сред 104 болни, на които при първичен преглед не е изпълнена ЕХ (виж табл. 5), рецидив на кръвотечението е възникнал в 6 случая (5,8%). 3-ма от тях са от група IIА и 3-ма от група IIВ по Forrest.

Общо рецидиви на кръвотечение са възникнали при 31 болни със синдром на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение. При това честотата на рецидивите в значителна степен зависи от прилагания метод на ЕХ. Заедно с това, следва да отбележим, че върху развитието на рецидива на кръвотечение могат да влияят такива фактори като активност на кръвотечението, тежест на кръвозагубата, а също така възраст на болните, пол, локализация и размер на разкъсването. Общата честота на рецидивите е 13,9%, но, тя е най-голяма при струйно кръвотечение и се намалява със понижаването на активността на кръвотечението.

При сравнителна оценка на честотата на рецидивите на кръвотечение след прилагането на методите на ендоскопична инфилтрация е очевидно, че честотата на рецидивите при инфилтрация с етанол е почти 2 пъти по-ниска, отколкото при инфилтрация на медицинско лепило както в случаите на спиране на активното кръвотечение, така и ендоскопичната профилактика на рецидива на кръвотечението (Табл. 5).

Починаха 23 болни (10,3%). Но кръвотечението не беше основна причина за леталните изходи. Само в 5 случая (2,2%) до смърт доведе остра постхеморагична анемия. Останалите 18 летални изхода (8,1%) са обусловени от патология, не свързана със стомашно-чревно кръвотечение.

Таблица 5 Възникване на рецидив в зависимост от метода на лечение

Възникване на рецидив в зависимост от метода на лечение											
Методи на Лечение	ЕХ за коагулация			ЕХ за профилактика			Без ЕХ			Общо	
	Без рецидив	С рецидив	С рецидив	Без рецидив	С рецидив	С рецидив	Без рецидив	С рецидив	С рецидив	Без рецидив	С рецидив
МИК-Т	n	13	6	10	2		0	0	0	23	8
%	M±m	68,4±13,4	31,6±13,4	83,3±12,4	16,7±12,4		0	0	0	74,2±9,3	25,8±9,3
P		p>0,05		p>0,05			p>0,05				
Етанол	n	32	7	28	4		0	0	0	60	11
%	M±m	82,1±6,9	17,9±6,9	87,5±6,4	12,5±6,4		0	0	0	84,5±4,7	15,5±4,7
P		p<0,05		p<0,05			p<0,05				
AgNO3	n	0	0	8	6		0	0	0	8	6
%	M±m	0	0	57,1±18,7	42,9±18,7		0	0	0	57,1±18,7	42,9±18,7
P				p>0,05			p>0,05				
ЛФК	n	3	0	0	0		0	0	0	3	0
%	M±m	100±0	0	0	0		0	0	0	100±0	0
P		p>0,05					p>0,05				
Без ЕХ	n	0	0	0	0		98	6	6	98	6
%	M±m	0	0	0	0		94,2±0	5,8±0	5,8±0	94,2±1,7	5,8±1,7
P							P<0,05				
Общо	n	48	13	46	12		98	6	6	192	31
%	M±m	78,7±5,9	21,3±5,9	79,3±6,1	20,7±6,1		94,2±0	5,8±0	5,8±0	86,1±2,4	13,9±2,4
P		p<0,05		p<0,05			P<0,05				

### Моторна функция на хранопровода при болните със синдром на Мелори-Вайс.

Изследването на моторната функция на хранопровода и стомаха с метода на езофагоимпедансометрия е изпълнено при 32 болни със синдром на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение. Мъже – 27 (84,4%), жени – 5 (15,6%).

При ендоскопичното изследване на тези болни при повечето (25), е диагностицирана недостатъчност на долния хранопроводен сфинктер, което е 78,1% от случаите. Гастро-езофагеален рефлукс с изпускане на стомашно съдържание в хранопровода е проявен при 21 болни от синдром на Мелори-Вайс (65,6%). Езофагит I степен (по Савари - Милер) е диагностициран ендоскопично при 7 души (21,9%), II степен езофагит е открит при 6 болни (18,8%), III и IV степен на езофагит при тези болни не сме наблюдавали. Косвени ендоскопични признаци за хернии на хранопроводното отворстие на диафрагмата са отбелязани при 7 пациента (21,9%).

За оценка на нарушенията на МФ на хранопровода и кардия при болни със синдром на Мелори-Вайс сме осъществили синхронна регистрация на налягането в отвора и електрически импеданс на хранопровода.

Манометрията на хранопровода ни позволи да изучим амплитудата и продължителността на съкращаването на стените на хранопровода и да разберем, тези съкращения перисталтни и са, спастични или редуцирани. В долния хранопроводен сфинктер измервахме неговата дължина, налягане в отвора, степен на падане на налягането при отпускане на сфинктера, местоположението му относно диафрагмата, а също и диагностицирахме херния на хранопроводното отворстие на диафрагмата.

Най-често отбелязвахме дискинезия на съкращаването на хранопровода (75%), недостатъчност на долния хранопроводен сфинктер (84,4%), деформация на глътателния комплекс (90,6%). Повечето отбелязани нарушения са косвени признаци за възможен гастроезофагеален рефлукс. Но, последният по данни на езофагоимпедансометрията е диагностициран само при 40,6% от болните, което, вероятно, е свързано с градиента на налягане в кухината на стомаха.

Кратковременното понижаване на импеданса в кардиалната част от хранопровода свидетелства за изпускане на стомашно съдържание в хранопровода - импедансометричен признак за гастроезофагеален рефлукс (попадане в хранопровода на течност води до увеличаване на електрическата проводимост). Този признак в процеса на регистрация е отбелязан при 13 болни със синдром на Мелори-Вайс (40,6%).

При импедансометрията на хранопровода при болни със синдром на Мелори-Вайс изменения в моториката са диагностицирани в 25 случая (78,1%). Хипермоторна дискинезия е диагностицирана при 9 души (28,1%), хипомоторна дискинезия - при 15 души (46,9%).

При съпоставяне на кривата на налягането и съответстващия на това ниво на хранопровода импеданс открихме непълно съвпадение на тези криви. В 7 наблюдения (21,9%) са открити високочестотни съкращения на мускулите на хранопровода, които не са съпроводени с повишение на налягането вътре в хранопровода. При 9 болни (28,1%) е отбелязано локално понижаване на съкращателната активност на мускулите на хранопровода при нормална амплитуда на съкращателната вълна по кривата на налягането.

Анализът на проведените изследвания позволява да се направи извод, че за болните със синдром на Мелори-Вайс са характерни нарушения на моторната функция на хранопровода с преобладаване на хипомоторна дискинезия.

Секреторна функция на стомаха при болните със синдром на Мелори-Вайс. Ние анализирахме резултатите от изследванията за определяне на базалното и стимулираното ниво на киселинност на стомашния секрет и честотата на гастроезофагеалния рефлукс при 32 болни със синдром на Малори-Вайс (Табл. 6).

При 29 болни (90,6%) с дадената патология беше открит гастро-езофагеален рефлукс (рН в хранопровода по-малко от 4,0). При това при 15 болни рефлукс се отбелязва на фона на повишена киселинност (стойности на рН от 0,9 до 1,5), при 14 - на фона на нормална киселинност (стойности на рН от 1,5 до 2,0). В 11 случая повишаване на нивото на киселинност в хранопровода беше диагностицирано при стимулиране с хистамин. Патологичен рефлукс (повече от 5 минути) имаше при 7 болни (21,9%).

В три случая синдром на Мелори-Вайс се разви на фона на остро отравяне с медикаменти и възникване вследствие на това на повръщане при тези болни е установено умерено понижаване на базалното ниво на киселинност на стомашния секрет с нормалност при стимулация.

Таблица 6.

Разпределение на нивата на киселинност в стомаха и хранопровода.

Нива Секреция	рН на стомаха и хранопровода			
	n	Корпус $m \pm \delta$	Кардия $m \pm \delta$	Езофагус $m \pm \delta$



Хиперацидоза	21	1,28±0,71	1,28±0,16	2,44±0,65
Нормоацидоза	10	1,72±0,14	1,83±0,12	
Хипоацидоза	1	2,2±0,0	3,61±0,0	

В сравнение с други методи (рентгенологично изследване, езофагоскопия, манометрично изследване на налягането на долния хранопроводен сфинктер и др.), вътрешностомашната рН-метрия има най-висока чувствителност (88—95%) при откриване на гастроезофагеален рефлукс. Следва да се отбележи, честотата на диагностиката на гастроезофагеалния рефлукс с методите на изучаване на моториката, вътрешностомашната и вътрешнохранопроводната рН-метрия се различават, което е свързано с различната чувствителност на методите. Данните от рН-метрията съответстват на данните, получени при визуалната диагностика. Сред 29 болни с гастроезофагеален рефлукс (по данни на рН-метрията) рецидив на кръвотечение е отбелязан при 4. По такъв начин, за болни със синдром на Малори-Вайс е характерна повишена (65,6%) или нормална (31,3%) киселинност на стомашния секрет и наличие на гастроезофагеален рефлукс в 90,6% от случаите.

**Морфологични изменения на лигавицата на хранопровода и стомаха при болни със синдром на Малори-Вайс, усложнен с кръвотечение.** Наред с многообразието от фактори за развитие на травматични увреждания на лигавицата на хранопровода и стомаха голяма роля имат фоневите придобити заболявания на тези органи. На морфологично изучаване подлежат биоптати на лигавицата на кардиалния отдел на хранопровода, стомаха и хранопроводно-кардиалната гънка.

Покривният епител и базалната мембрана на лигавицата на хранопровода са подложени на дистрофични и възпалителни изменения. При интензивната миграция на клетките на възпалителния инфилтрат в покривния епител хранопроводът се подлага на деструкция.

В подлигавичния слой на хранопровода в случаите на изразено възпаление се отбелязват признаци на отичане с разграждане на влакнестите структури на съединителната тъкан или подлигавичния слой се подлага на склероза с по-малко интензивна дифузна и периваскуларна лимфоцитарна инфилтрация. На склероза е подложена и мускулната пластинка на лигавицата. Морфологичните изменения посочват наличие при болните със синдром на Малори-Вайс в хранопровода на признаци за хроничен рефлукс-езофагит с различна степен на обостряне на възпалението.

Собствената пластинка на лигавицата на стомаха е многоклетъчна за сметка на дифузната възпалителна инфилтрация. Кръвоносните капилляри на всички слоеве на собствената пластинка на лигавицата са различни, умерено пълнокръвни. Под повърхностния епител се срещат едри огнища на кръвоизливи. Хистологично в лигавицата на кардия на стомаха както в непосредствена близост до дефекта така и извън него, при всички изследвани болни беше открита рязка степен на изразеност и разпространеност на хроничен гастрит. В собствената пластинка на лигавицата се виждаха пълнокръвни субепителиални капилляри, огнища на стромални кръвоизливи и дифузни лимфоплазмноклетъчни инфилтрати.

Наред с признаците за хронични възпалителни изменения в лигавицата можеше да се види проява на обострено възпаление, когато в състава на възпалителния инфилтрат се появят сегментоядерни левкоцити с тенденция на тяхната диапедеза в отвора на жлезите. Даже при повърхностен гастрит в собствената мускулна пластинка на лигавицата се срещат периваскуларни възпалителни инфилтрати с разкъсване на гладкомускулните влакна на лимфоцити и плазмоцити. При дифузен атрофичен гастрит възпалителните инфилтрати на дълбоките слоеве на стромата се разпространяват върху близките снопчета мускулни влакна. Отокът, възпалението, склерозата в зоната на мускулната пластинка на лигавицата на стомаха с нейните деструктивни изменения лежат в основата на нарушенията на съкратителната способност на лигавицата на кардия.

Съчетанието на възпалителните, склеротични изменения в кардиалния отдел на хранопровода, розетката на кардия и възпалително и деструктивните изменения на мускулната пластинка на лигавицата на стомаха предопределят нарушението на моторната функция на стомаха с възможно възникване на антиперисталтични съкращения и травматизация на стените на хранопровода и стомаха.

### ИЗВОДИ

При болни със синдром на Мелори-Вайс, усложнен с кръвотечение, точността на диагностиката при неотложното първично ендоскопично изследване е 84,8 % и достига 100% при повторното изследване след подготовката на болния.

Активното кръвотечение (IA и IB по Forrest) е спряно с методи на ендоскопична хемостаза при 96,7%. При болни с активност на кръвотечението IIa вероятността от рецидив достига 100 % и на тях трябва да им се прави ЕХ с цел профилактика на рецидива на кръвотечение. Най-добри резултати при прилагане на инжекционни методи на ендоскопична хемостаза са достигнати при инфилтрация на 70° етанол, а също фотокоагулация с лазер.

За болни със синдром на Малори-Вайс е характерна повишена (65,6%) или нормална (31,3%) киселинност на стомашния секрет и наличие на гастроезофагеален рефлукс в 90,6% от случаите, обаче, връзка на тези показатели с честотата на развитие на рецидивите не е установена.

За болни със синдром на Малори-Вайс е характерно понижаването на моторната функция на хранопровода и кардия с проява на хипомоторна дискинезия на хранопровода и недостатъчност на затварящата функция на долния хранопроводен сфинктер, съчетаващи се в повечето случаи с развитие на гастро-езофагеален рефлукс.

Анатомично обусловените и хистологично проявени изменения на езофагокардиалната област при болни със синдром на Малори-Вайс във вид на хроничен езофагит със склероза на подлигавичния слой, хроничен активен гастрит, дистрофично атрофично увреждане на мускулната пластинка на лигавицата на стомаха, потвърждават възможността от травматични увреждания на лигавицата при повишаване на вътрешностомашното налягане и нарушаване на моториката на долния хранопроводен сфинктер.

### ПРЕПОРЪКИ В ПРАКТИКАТА

За ендоскопична хемостаза при болни с СМВ е целесъобразно прилагането на ендоскопична спиртна инфилтрация или лазерна фотокоагулация на източника на кръвотечение.

При наличие на кръвотечение (група IIА по Forrest) с висок риск от рецидив на кръвотечението е целесъобразно да се направи профилактика с методите на ендоскопична хемостаза.

При рецидив на кръвотечението е целесъобразно провеждане на повторна езофагогастродуоденоскопия с ендоскопична хемостаза.

Отчитайки наличието при повечето болни със синдром на Малори-Вайс на високо ниво на киселинност на стомашния сок с гастроезофагеален рефлукс, на тях е целесъобразно да се провежда фармакологична терапия, насочена към понижаване нивото на киселинност и антирефлуксна терапия.

#### **Списък на работи, публикувани по темата на дисертацията**

1. Особенности на киселинно образувашата функция на стомаха при болни със синдром на Малори-Вайс. Руско списание по гастроентерология, хепатология, колопроктология.-1999.-№ 5.- Приложение № 8.- С. 7. Съавт. Н.Е. Кудряшова, Г.В. Пахомова, Д.Г. Сордия, Л.Г. Ли.
2. Моторна функция на хранопровода и кардия при болни със синдром на Малори-Вайс. Руско списание по гастроентерология, хепатология, колопроктология.-1999.-№ 5.- Приложение № 8.- С. 8. Съавт. Т.П. Пинчук, С. В. Волков

3. Ендоскопична хемостаза при болни със синдром на Мелори-Вайс./4-и Московски международен конгрес по ендоскопична хирургия. М.-2000.-С. 48-48. Съавт. С.В. Волков, Д.Г. Сордия.
4. Неотложна езофагогастроуденоскопия при болни със синдром на Мелори-Вайс./4-и Московски международен конгрес по ендоскопична хирургия. М.-2000.-С. 55-56. Съавт. С.В. Волков, Г.В. Пахомова, Н.С. Утешев, Д.Г. Сордия.
5. Особенности на морфологичните изменения на лигавицата на кардиалния отдел на хранопровода и стомаха при болни със синдром на Мелори-Вайс. Руско списание по гастроентерология, хепатология, колопроктология.-1999.-№ 5.- Приложение № 8.- С. 8. Съавт. Руски журнал по гастроентерология, хепатология, колопроктология.-2000.-№ 5.- Приложение № 11.- С. 38. Съавт. Г.П. Титова, С.В. Волков, Д. Г. Сордия.