

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА

Низамов А.Р.<sup>1</sup>, Арсланова Л.Д.<sup>2</sup>, Стяжкина С.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Низамов Азат Рафисович - студент лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии

<sup>2</sup>Арсланова Лейсан Дамировна - студентка лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии

<sup>3</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии

Ижевск, Российская Федерация

**Аннотация:** в статье продемонстрирован клинический пример синдрома Мэллори-Вейса.

**Ключевые слова:** синдром Мэллори-Вейса, кровотечение, разрывы.

## A CLINICAL CASE OF MALLORY-WEISS SYNDROME

Nizamov A.R.<sup>1</sup>, Arslanova L.D.<sup>2</sup>, Styazhkina S.N.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nizamov Azat Rafisovich, student of the Medical Faculty of the Izhevsk State Medical Academy

<sup>2</sup>Arslanova Leysan Damirovna, a student of the Medical Faculty of the Izhevsk State Medical Academy

<sup>3</sup>Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery of the Izhevsk State Medical Academy  
Izhevsk, Russian Federation

**Abstract:** the article demonstrates a clinical example of Mallory-Weiss syndrome.

**Keywords:** Mallory-Weiss syndrome, bleeding, lacerations.

УДК 617-089.844

Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром (синдром Мэллори-Вейса) представляет собой внезапные сильные пищеводно-желудочные кровотечения, возникающие в результате образования продольных надрывов слизистой оболочки пищевода и желудка, подслизистого слоя на фоне упорной рвоты и резкого повышения внутрибрюшного давления [1].



В 1929 году Mallory и Weiss описали у больных с кровотечением из верхней части желудочно-кишечного тракта линейные разрывы слизистой в кардиоэзофагеальной области и с тех пор такие кровотечения называют синдромом Мэллори-Вейса.

Чаще данная патология возникает у лиц мужского пола (80%), трудоспособного возраста (87%). Синдром Мэллори-Вейса в основном протекает с кровотечениями (62,3%), чем без них. В большем количестве случаев заболевание встречается у неработающих людей (61%) [3].

Причиной разрывов может быть многократная форсированная рвота, которая сопровождается повышением внутрижелудочного давления и кардиоэзофагеальным спазмом. Предрасполагающими факторами являются: переполнение желудка, предшествующие хронические воспалительные заболевания верхнего отдела пищеварительного тракта (эзофагит, ХГ, язвы пищевода и кардиального отдела желудка), грубые диетические погрешности с употреблением алкогольных напитков.

Разрывы располагаются продольно и проникают глубоко, поражая в основном слизистую оболочку, подслизистый и мышечный слои затрагиваются редко. Сопровождаются разрывом кровеносных сосудов и развитием острого пищеводно-желудочного кровотечения [1].

Классификация соответствует известной эндоскопической классификации активности кровотечений из язв пищеварительного тракта (по Forrest):

- Ia - струйное артериальное кровотечение;
- Ib - кровотечение с медленным выделением крови;
- II - тромб или видимый участок некровотокающего сосуда в дне язвы;
- III - эрозии или язвы без признаков кровотечения [2].

Выделяют следующие стадии синдрома Маллори-Вейса:

I стадия - разрыв (трещины) слизистой оболочки нижней трети пищевода, кардиоэзофагального перехода;

II стадия - разрыв (трещины) слизистой оболочки, подслизистого слоя;



III стадия - разрыв (трещины) с вовлечением циркулярного мышечного слоя. Зона разрыва не спазмируется, не смыкается, интенсивное кровотечение;

IV стадия - разрыв всех слоев пищевода, кардиоэзофагиального перехода, сопровождается перитонитом, медиастинитом, пневмотораксом.

Цель: проанализировать и оценить динамику проводимого лечения за время госпитализации, исхода оперативного вмешательства у пациента с диагнозом: Язвенная болезнь, осложненная кровотечением.

Материалы и методы: история болезни пациента за 2020 год, в которой были изучены диагностика, методы лечения.

Клинический случай: Пациент Н., 40 лет

Место жительства: г. Ижевск, Удмуртская республика

Дата поступления в стационар: 13.11.2020

Диагноз клинический: Синдром Меллори-Вейса. Кровотечение лёгкой степени тяжести.

Поступила с жалобами на однократную рвоту крови в день поступления. Тошноты, слабости, болей в животе, изжоги нет. Стула не было, мочеиспускание в норме.

Анамнез болезни В день поступления была однократная рвота кровью без сгустков, ранее никогда не наблюдавшаяся. Возникновение данного состояния ни с чем не связывает. Употребление алкоголя отрицает. Сознание не теряла. В дежурную хирургию доставлена СМП.

Вредные привычки: отрицает

Перенесенные заболевания: простудные

В ходе общего осмотра: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное в пределах каталки. Кожные покровы, склеры физиологической окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Пульс 72 уд. В мин. АД 110/80 мм.рт.ст. живот не вздут, мягкий безболезненный. Объёмное образование в животе не пальпируется. Симптом Щёткина-Блумберга отрицательный. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.



Для верификации диагноза было выполнено:

Рентгенография брюшной полости – свободный газ в брюшной полости.

УЗИ органов брюшной полости – Признаки деформации желчного пузыря.

ЭГДС – слизистая пищевода н/3 на правой стенке линейный разрыв размерами 1,0 x 0,1 см. В желудке скудное количество мутной жидкости.

Полный анализ крови от 13.11.2020

WBC-16,8\* 10<sup>9</sup>/л

RBC-4,4\*10<sup>12</sup>/л

HGB-128г/л

PLT 209\*10<sup>9</sup>/л

Биохимический анализ крови от 13.11.2020.

ПВ 12,0 секунд

АЧТВ 33,2 секунд

Фибриноген 2.22 г/л

МНО 1,06

Полный анализ крови от 14.11.2020

WBC 4,37\*10<sup>9</sup>/л

RBC 4,06\*10<sup>12</sup>/л

HGb 117 г/л

PLT 194\*10<sup>9</sup> г/л

Биохимический анализ крови от 16.11.2020

Глю 4,19 ммоль/л

Билирубин общий 10,0 ммоль/л

АЛТ 21,0 ед/л

АСТ 17,0 ед/л



Полный анализ крови от 28.11.2020

WBC  $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$

RBC  $4,37 \cdot 10^{12}/\text{л}$

HGb 141 г/л

HCT 43,1%

Биохимический анализ крови 28.11.2020

Мочевина 8,7 ммоль/л

Креатинин 75,0 мкмоль /л

Билирубин общий 28,5 мкмоль/л

Билирубин прямой 5,7 мкмоль/л

Билирубин непрямой 22,8 мкмоль/л

ПВ 11,6 секунд

АЧТВ 42,5 секунд

Фибриноген 4,85 г/л

МНО 1,0

Биохимический анализ крови 29.11.2020

Мочевина 8,1 ммоль/л

Креатинин 85,5 мкмоль /л

Билирубин общий 21,2 мкмоль/л

Билирубин прямой 6,0 мкмоль/л

Билирубин непрямой 15,2 мкмоль/л

АСТ 11,3 ед/л

АЛТ 17,1 ед/л

Полный анализ крови от 03.12.2020

WBC  $8,35 \cdot 10^9/\text{л}$

RBC  $4,14 \cdot 10^{12}/\text{л}$

HGb 129,0 г/л



НСТ 39,8%

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение в

ЛПУ по месту жительства.

Рекомендации при выписке

Диета

Ограничение тяжелой физической нагрузки.

Прием ферментов в таблетках после еды

Продолжить противоязвенную терапию (омепрозол 1 таблетка 1 раз в день, алмагель 1 ч.л. 3 раза в день за 30 мин. до еды)

Вывод:

При своевременном выявлении и лечении синдрома Мэллори-Вейса исход благоприятный.

Данный синдром у пациентки можно связать с простудным заболеванием, во время которого нередко возникают сильный неукротимый кашель, который является фактором повышения внутрибрюшного давления. Поэтому людям находящимся в группе риска следует исключить факторы повышающие внутрибрюшное давление

#### *Список литературы*

1. Клинические Рекомендации . Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром. [Электронный ресурс] – URL: <https://diseases.medelement.com/disease/желудочно-пищеводный-разрывно-геморрагический-синдром-k22-6/4595> (Дата обращения: 10.04.2021).
2. Протокол ведения больных с желудочно-пищеводным разрывно-геморрагическим синдромом (синдром Маллори-Вейса). [Электронный ресурс] - URL: [http://обществохирургов.рф/upload/sindrom\\_M\\_V.doc](http://обществохирургов.рф/upload/sindrom_M_V.doc) (Дата обращения: 10.04.2021).
3. Стяжкина С.Н. Распространенность синдрома Мэллори-Вейса // Стяжкина С.Н. Вопросы науки и образования. - 2017. № 5 (6). С. 122-126.

