

## СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ВО ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ В САНАТОРИЙ

**А.А. Авраменко**

Кафедра терапевтических и хирургических дисциплин Черноморского национального университета имени Петра Могилы, г. Николаев

*Проанализирован случай формирования синдрома Меллори-Вейсса у больного хроническим неатрофическим гастритом во время поездки в санаторий. Больной после проведения комплексного обследования, которое включало: пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофагогастродуоденоскопию по общепринятой методике, тестирование на хеликобактерную инфекцию (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) и гистологические исследования слизистой желудка, биопсийный материал для которых брался из четырех топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне) и при котором был исключён активный язвенный процесс, через семь дней уехал на автомобиле в санаторий «Хмельник» для проведения лечения костно-мышечной системы. По прибытию больной почувствовал ухудшение состояния, и на фоне проведения лечебных процедур у него на 2-й день началось кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. После остановки кровотечения и проведения эзофагогастродуоденоскопии был выявлен синдром Меллори-Вейсса – линейные надрывы слизистой в области пищеводно-желудочного перехода.*

**Ключевые слова:**  
хронический неатрофический гастрит, синдром Меллори-Вейсса.

Клиническая и экспериментальная патология Т.19, №2 (72). С.115-118.

DOI:10.24061/1727-4338.  
XIX.2.72.2020.16

E-mail:  
aaahelic@gmail.com

## ВИПАДОК ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА У ХВОРОГО НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ ПІД ЧАС ПОЇЗДКИ ДО САНАТОРІЮ

**А.О. Авраменко**

*Проаналізовано випадок формування синдрому Меллорі-Вейсса у хворого на хронічний неатрофічний гастрит під час поїздки до санаторію. Хворий після проведення комплексного обстеження, яке включало: покрокову рН-метрію за методикою Чернобрового В.М., езофагогастродуоденоскопію за загальноприйнятою методикою, тестування на гелікобактерну інфекцію (уреазний тест і мікроскопування забарвлених мазків-відбитків) і гістологічні дослідження слизової шлунка, біопсійний матеріал для яких брався з чотирьох топографічних зон шлунка (середня третина антрального відділу і тіла шлунка по великій і малій кривині) і при якому було виключено активний виразковий процес, через сім днів поїхав на автомобілі до санаторію «Хмільник» для проведення лікування кістково-м'язової системи. Після прибуття хворий відчув погіршення стану і на тлі проведення лікувальних процедур у нього на 2-й день почалася кровотеча з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Після зупинки кровотечі і проведення езофагогастродуоденоскопії виявлено синдром Меллорі-Вейсса – лінійні надриви слизової в ділянці стравохідно-шлункового переходу.*

**Ключові слова:**  
хронічний неатрофічний гастрит, синдром Меллорі-Вейсса.

Клінічна та експериментальна патологія 2020. Т.19, №2(72). С.115-118.

## THE CASE OF MELLORI-WEISS SYNDROME FORMATION IN PATIENT WITH CHRONIC NON-ATROPHIC GASTRITIS DURING A TRIP TO THE SANATORIUM

**A.A. Avramenko**

*The case of Mallory-Weiss syndrome formation in a patient with chronic non-atrophic gastritis during a trip to the sanatorium was analyzed. The patient after a comprehensive examination, which included: step-by-step pH-measurement according to the method of V. Chernobrov, esophagogastroduodenoscopy according to the generally accepted method, Helicobacter pylori infection (urease test and microscopy of stained smears, fingerprints) and histological examination of the gastric mucosa, biopsy material taken from 4 topographic zones of the stomach (the middle third of the antrum and the body of the stomach along the great and less curvature) and in which the active ulcer process*

**Key words:**  
chronic non-atrophic gastritis, Mallory-Weiss syndrome.

Clinical and experimental pathology. Vol.19, №2 (72). P.115-118.

*was excluded, in 7 days went to the sanatorium "Khmelnik" by car for the treatment of the musculoskeletal system. On arrival, the patient's condition deteriorated, the upper gastrointestinal tract bleeding occurred in the patient on the 2-nd day against a background of the medical procedures. When the bleeding was controlled and esophagogastroduodenoscopy conducted, Mellori-Weiss syndrome was detected - linear tears of the mucosa in the area of the esophageal-gastric transition.*

Американцы G. Kenneth Mallory в 1929 г. и Soma Weiss в 1932 г. опубликовали наблюдения смертельных желудочных кровотечений, связанных с разрывом слизистой пищеводно-желудочного перехода, возникших вследствие неукротимой рвоты на фоне алкогольной интоксикации. Авторы представляли механизм возникновения синдрома следующим образом: во время позыва на рвоту привратник спазмируется при одновременной дилатации кардиального отдела желудка и пищевода. Желудочное содержимое вследствие внезапного повышения внутрибрюшного давления и антиперистальтики устремляется в кардиальное отверстие пищевода. Происходит резкое повышение внутрижелудочного давления с последующим перерастяжением кардиального отдела желудка и разрывом его слизистой оболочки, подслизистой основы вплоть до мышечного слоя [2, 3, 4, 6, 8]. В этом плане будет интересен случай формирования синдрома Меллори-Вейсса (СМВ), который не был связан с рвотой.

Больной Т., 56 лет, капитан дальнего плавания, обратился 10.01.20 г. к врачу-гастроэнтерологу клинического отдела проблемной лаборатории по вопросам хронического хеликобактериоза Черноморского национального университета имени Петра Могилы (г. Николаев) для планового обследования перед поездкой в санаторий «Хмельник» с целью лечения артрита коленного сустава.

Больному было проведено комплексное обследование (№ 514 от 10.01.20 г.), которое включало: пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) по общепринятой методике, тестирование на хеликобактерную инфекцию (НР) (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков), биопсийный материал для которых брался из четырех топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне) [1,5].

Исследование было проведено с соблюдением

основных биоэтических положений Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине (от 04.04.1997г.), Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения научных медицинских исследований с участием человека (2013 г.). Пациент дал согласие на проведение исследования.

**При проведении рН-метрии были получены следующие данные:**

рН - метрия (по методике Чернобрового В.Н.)

Ф.И.О.: Т., 56 лет.

Рост: 182 см; введено: 25 см

1. 6.37	5.68	11. 6.47	6.07
2. 6.31	5.70	12. 6.40	6.12
3. 6.30	5.64	13. 6.41	6.18
4. 6.41	5.74	14. 6.32	6.43
5. 6.50	5.76	15. 6.30	6.34
6. 6.21	5.62	16. 6.34	6.77
7. 6.20	5.98	17. 6.17	6.23
8. 6.24	6.08	18. 6.20	6.20
9. 6.20	6.07	19. 6.21	6.21
10.6.29	6.08	20. 6.27	6.20

5.	-	-
4.	-	-
3.	-	-
2.	-	-
1.	20	20
0.	-	-

Всего: 20 20

Диагноз: Базальная гипоацидность  
выраженная тотальная. 10.01.20 г.

При проведении эзофагогастродуоденоскопии № 3 от 10.01.20 г был выставлен диагноз: «Умеренная рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Хронический гастродуоденит (тип В)». При двойном тестировании слизистой желудка на НР были получены следующие данные (табл. 1).

**Таблица 1**

**Результаты двойного тестирования на НР-инфекцию**

Антральный отдел желудка				Тело желудка			
Большая кривизна		Малая кривизна		Большая кривизна		Малая кривизна	
Микроскоп. тест	Уреазный тест	Микроскоп. тест	Уреазный тест	Микроскоп. тест	Уреазный тест	Микроскоп. тест	Уреазный тест
( - )	24 ч ( - )	( - )	24 ч ( - )	( + ) активная форма НР-инфекции	2 ч	( + ) активная форма НР-инфекции	2 ч

Через семь дней пациент уехал в санаторий «Хмельник» на автомобиле и большую часть пути подвергался сильной тряске. По приезду в санаторий пациент почувствовал резкое ухудшение состояния, а именно – появились постоянные тупые боли в эпигастрии. Несмотря на это больной на следующий день пошёл на прописанные ему радоновые ванны, не предупредив врача об ухудшении состояния. Утром следующего дня боли в эпигастрии усилились, и у больного открылась рвота алой кровью. По скорой помощи пациент был доставлен в реанимацию местной больницы, где через двое суток после проведения реанимационных мероприятий больному была осуществлена диагностическая ЭГДС и выставлен диагноз: «Умеренная рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Хроническая эритематозная гастропатия. Синдром Меллори-Вейсса, осложнившийся кровотечением».

Данный случай можно трактовать с позиции доказанного механизма синдрома Меллори-Вейсса, не связанного с неукротимой рвотой вследствие алкогольной интоксикации. В 1961 году М. Atkinson и М.В. Bottrill моделировали механизм разрыва слизистой оболочки пищевода-кардиального отдела на трупах. С этой целью они закрывали просвет пищевода и повышали внутрижелудочное давление путём нагнетания в желудок воздуха. При достижении давления 130-150 мм рт.ст. разрыв слизистой оболочки кардии происходил в половине наблюдений, а при повышении его до 200 мм рт.ст. – во всех опытах. В. Belmann et al. и Ш.В. Тумербулатов с соавт. моделировали синдром Меллори-Вейсса в эксперименте на лабораторных животных, причём экспериментальная модель во втором случае включала создание не только внутрижелудочной, но и внутриполостной (внутрибрюшной) гипертензии и в таком варианте более точно объясняет патогенез разрывного механизма. Избыточное внутрибрюшное давление повышает внутрижелудочное давление, в результате желудочное содержимое, а при пустом желудке и его избыточная слизистая, перемещаются в зону более низкого давления – пищевода-желудочного перехода с её пролапсом и повреждением (разрывом) [6, 7]. Данный механизм легко мог сформироваться при длительной постоянной тряске во время поездки в автомобиле. Кроме того, с нашей точки зрения, при выходе из ванны после проведения процедуры пациент мог резко напрячь мышцы передней брюшной стенки, что повысило внутрибрюшное давление и привело, в конечном итоге, к осложнению синдром Меллори-Вейсса – кровотечению.

#### Список литературы

1. Авраменко АА. Достоверность стул-теста при тестировании больных хроническим хеликобактериозом при наличии активных и неактивных форм хеликобактерной инфекции на слизистой оболочке желудка. Сучасна гастроентерологія. 2014;3:22-6.
2. Белобородов ВА, Кожевников МА, Кельчевская ЕА, Олейников ИЮ, Фролов АП. Пищеводные геморрагические синдромы. Acta Biomedica Scientifica. 2019;4(3):81-8. doi: <https://doi.org/10.29413/ABS.2019-4.3.10>
3. Богданович АВ, Шилинюк ВН, Зельдин ЭЯ. Структура и тактика лечения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2016;15(3):40-6.
4. Горпинич АБ, Мангилев СВ. Опыт диагностики и лечения синдрома Маллори-Вейсса. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016;11:32-5.
5. Кімакович ВІ, Нікішаєв ВІ, редактори. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації. Львів: Медицина Світу; 2008. 208 с.
6. Матвеева ЕА. Диагностика и лечение синдрома Мэллори-Вейсса. Новости хирургии. 2012;20(1):105-14.
7. Тумербулатов ШВ, Тумербулатов МВ, Сагитов РБ, Ямалов РА, Рахимов РК. Этиопатогенетические вопросы синдрома Маллори-Вейсса. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010;10:42-5.
8. Чередников ЕФ, Малеев ЮВ, Черных АВ, Литовкина ТЕ, Чередников ЕЕ, Шевцов АН. Современные взгляды на этиологию и патогенез разрывно-геморрагического синдрома (синдрома Меллори-Вейсса). Журнал анатомии и гистопатологии. 2016;5(1):86-98. doi: <https://doi.org/10.18499/2225-7357-2016-5-1-86-98>

#### References

1. Avramenko AA. Dostovernost' stul-testa pri testirovanii bol'nykh khronicheskim khelikobakteriozom pri nalichii aktivnykh i neaktivnykh form khelikobakternoy infektsii na slizistoy obolochke zheludka [The reliability of the stool test in the testing of patients with chronic helicobacteriosis based on the presence of active and inactive forms of Helicobacter infection on the gastric mucosa]. Modern Gastroenterology. 2014;3:22-6. (in Russian).
2. Beloborodov VA, Kozhevnikov MA, Kelchevskaya EA, Oleynikov IJ, Frolov AP. Pishchevodnye gemorragicheskie sindromy [Esophageal Hemorrhagic Syndromes]. Acta Biomedica Scientifica. 2019;4(3):81-8. doi: <https://doi.org/10.29413/ABS.2019-4.3.10> (in Russian).
3. Bogdanovich AV, Shilenok VN, Zeldin EY. Struktura i taktika lecheniya krovotacheniy iz verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta [Structure and tactics of the treatment of bleedings from the upper parts of the gastrointestinal tract]. Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. 2016;15(3):40-6. (in Russian).
4. Gorpnich AB, Mangilev SV. Opyt diagnostiki i lecheniya sindroma Mallori-Veyssa [Diagnosis and treatment experience of Mallory-Weiss syndrome]. Zhurnal nauchnykh statey Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2016;11:32-5. (in Russian).
5. Kimakovych VI, Nikishaiev VI, redaktory. Endoskopiia travnoho kanalu. Norma, patolohiia, suchasni klasyfikatsii [Digestive canal endoscopy. Norm, pathology, modern classifications]. L'viv: Medytsyna Svitu; 2008. 208 p. (in Ukrainian).
6. Matveeva EA. Diagnostika i lechenie sindroma Mellori-Veyssa [Diagnosis and treatment of Mallory-Weiss syndrome]. Novosti khirurgii. 2012;20(1):105-14. (in Russian).
7. Timerbulatov ShV, Timerbulatov MV, Sagitov RB, Yamalov RA, Rakhimov RK. Etiopatogeneticheskie voprosy sindroma Mallori-Veyssa [Etiology and pathogenesis of Mallory-Weiss syndrome]. Khirurgiya. Zhurnal im. NI. Pirogova. 2010;10:42-5. (in Russian).
8. Cherednikov EF, Maleev YuV, Chernykh AV, Litovkina TE, Cherednikov EE, Shevtsov AN. Sovremennye vzglyady na etiologiyu i patogenez razryvno-gemorragicheskogo sindroma (sindroma Mellori-Veyssa) [The Modern View on Etiology

**Відомості про авторів:**

Авраменко А. О. – д. мед. н., професор кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв (Україна).

**Сведения об авторах:**

Авраменко А. А. – д. мед. н., профессор кафедры терапевтических и хирургических дисциплин Черноморского национального университета имени Петра Могила, г. Николаев (Украина).

**Information about author:**

Avramenko A. A. – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Therapeutic and Surgical Disciplines of the Black Sea National University named after Peter Mohyla,, Nikolaev (Ukraine).

*Стаття надійшла до редакції 15.05.2020*

*Рецензент – проф. Шкварковський І.В.*

*© А.А. Авраменко, 2020*

