

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Низамов А.Р.¹, Арсланова Л.Д.², Стяжкина С.Н.³

¹Низамов Азат Рафисович - студент лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии

²Арсланова Лейсан Дамировна - студентка лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии

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

Ижевск, Российская Федерация

Аннотация: в статье рассматривается клинический случай желудочно-кишечного кровотечения, как осложнение язвенной болезни желудка.

Ключевые слова: язвенная болезнь, осложнения язвенной болезни, кровотечение.

A CLINICAL EXAMPLE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING AS A COMPLICATION OF PEPTIC ULCER DISEASE

Nizamov A.R.¹, Arslanova L.D.², Styazhkina S.N.³

¹Nizamov Azat Rafisovich, student of the Medical Faculty of the Izhevsk State Medical Academy

²Arslanova Leysan Damirovna, a student of the Medical Faculty of the Izhevsk State Medical Academy

³Styazhkina 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 examines a clinical case of gastrointestinal bleeding as a complication of gastric ulcer.

Keywords: peptic ulcer disease, complications of peptic ulcer disease, bleeding.

УДК 617-089.844



Язвенная болезнь (ЯБ) - одно из наиболее распространенных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Предполагается, что ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки страдают около 10% взрослого населения западных стран (Европы и Северной Америки) [1, с. 1].

Одним из грозных осложнений язвенной болезни является кровотечение, которое возникает у 10% больных с данным заболеванием. При язвенной патологии желудка кровотечения возникают за счет аррозивных процессов ветвей правой или левой желудочковых артерий.

По течению выделяют кровотечения острые и хронические. Острые кровотечения, могут быть профузными и малыми. Острые профузные достаточно быстро проявляются характерной картиной симптомов и в течении нескольких часов или десятков минут вызывают тяжелое состояние. Малые кровотечения, постепенно проявляются симптомами нарастающей железодефицитной анемии. При кровотечении объемом до 50 мл кал окрашивается в черный цвет, что является одним из явных признаков данного осложнения. При больших объемах кровопотери до 500 мл (примерно 10% от ОЦК) появляется мелена (рвота с примесями крови). Цвет крови в рвотных массах зависит от объема кровопотери (цвета «кофейной гущи», при обильном кровотечении кровь может не изменяться). Со стороны сердечно-сосудистой системы к серьезным изменениям приводит потеря 25% ОЦК, проявляясь критическим снижением давления, которое приводит к полиорганной недостаточности. Хронические кровотечения чаще проявляются симптомами анемии, которая имеет повторяющийся характер и продлевается на значительное время.

По локализации выделяют кровотечения из верхнего отдела (пищевод, желудок, 12-перстная кишка) и кровотечения из нижнего отдела (тонкая, толстая, прямая кишка) желудочно-кишечного тракта [2, с. 8].

Оценить тяжесть кровопотери можно по следующим показателям: уровню гемоглобина, гематокрита, центрального венозного давления (ЦВД), объема циркулирующей крови (ОЦК), почасового диуреза.



Выделяют 4 степени кровопотери:

I степень — хроническое оккультное (скрытое) кровотечение, содержание гемоглобина в крови незначительно снижено, признаки нарушения гемодинамики отсутствуют.

II степень — острое небольшое кровотечение, ЧСС и артериальное давление стабильны, содержание гемоглобина 100 г/л и более.

III степень — острая кровопотеря средней тяжести (тахикардия, небольшое снижение артериального давления, шоковый индекс более 1, содержание гемоглобина менее 100 г/л).

IV степень — массивное тяжелое кровотечение (артериальное давление ниже 80 мм рт. ст., ЧСС свыше 120 в 1 мин, шоковый индекс около 1,5, содержание гемоглобина менее 80 г/л, гематокрит менее 30, олигурия — диурез менее 40 мл/ч) [3, с. 303].

Из лабораторных показателей проводится подсчет эритроцитов, гемоглобина, гематокритного числа, тромбоцитов; исследование коагулограммы, определение уровня креатинина, мочевины, печеночных проб. Наиболее быстрым и точным методом обследования ЖКТ является эндоскопия (эзофагоскопия, ФГДС, колоноскопия), позволяющая обнаружить даже поверхностные дефекты слизистой и непосредственный источник желудочно-кишечного кровотечения [4].

Цель: : проанализировать и оценить динамику проводимого лечения за время госпитализации у пациента с диагнозом: Язвенная болезнь. Желудочное кровотечение легкой степени тяжести.

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

Результаты исследования и их обсуждение.

Клинический случай: Пациент Д., 79 лет

Место жительства: Киясовский район, Киясово, Удмуртская республика

Дата поступления в стационар: 27.12.2020



Диагноз клинический: Язвенная болезнь. Желудочное кровотечение легкой степени тяжести

При поступлении жалобы на боли в мезогастрии и тошноту.

Анамнез болезни: Боли в животе появились в день поступления. Накануне была рвота съеденной пищей. Черный дегтеобразный кал. В день поступления так же отмечался черный стул.

Вредные привычки: Не имеет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, гипертоническая болезнь, МКБ, язвенная болезнь желудка и 12 ПК, по поводу которой был прооперирован. Был повторно прооперирован по поводу осложнений язвенной болезни желудка и 12ПК. Так же в анамнезе перфоративная язва и кровотечения. Тогда же гемотрансфузии – б/о. Люмботомия слева по поводу камня мочеточника.

В ходе общего осмотра: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Телосложение астеническое. Положение активное (в пределах каталки). Параличей нет. Кожные покровы бледные, теплые. Склеры физиологической окраски. Дыхание спонтанное, 18 в мин. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочный. Тоны сердца ритмичные ясные. АД 140/80 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот мягкий, не вздут, при глубокой пальпации отмечается слабая болезненность в области эпигастрии. Печеночная тупость сохранена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается. Опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируется. Шума плеска нет. Симптом сотрясения в поясничной области отрицателен с обеих сторон. На передней брюшной стенке рубцы после лапаротомий- б/о, грыжевых выпячиваний апоневроза нет.

Для верификации диагноза было выполнено:

Рентгенография брюшной полости – пневматоз кишечника

ФГС – Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 1 ст. Хронический эрозивный рефлюкс – эзофагит (LA – C). Острые эпителизирующиеся язвы свода желудка F3 папиллит.



Полный анализ крови от 27.11.2020

WBC-11,1* 10⁹/л

RBC-5,15*10¹²/л

HGB-164г/л

PLT 263*10⁹/л

Биохимический анализ крови от 27.11.2020.

Мочевина 6,9 ммоль/л

Креатинин 82,0 мкмоль /л

Билирубин общий 21,8 мкмоль/л

Билирубин прямой 4,2 мкмоль/л

Билирубин непрямой 17,6 мкмоль/л

АСТ 15,6 ед/л

АЛТ 22,0 ед/л

ПВ 11,7 секунд

АЧТВ 29,1 секунд

Фибриноген 4,3 г/л

МНО 1,19

За время прохождения в стационаре проведено следующее лечение: транексам, оmez, викасол, фамотидин.

По ходу лечения состояние пациента стало относительно удовлетворительным. Жалоб не предъявлял. Тошноты, рвоты не было. Стул без патологических изменений. Кожные покровы и слизистые приобрели физиологическую окраску. Язык чистый и влажный.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение в ЛПУ по месту жительства.

Вывод:



Исход желудочно-кишечных кровотечений зависит от причин, степени тяжести кровопотери, своевременности диагностики и лечения. Риск неблагоприятного исхода крайне высок.

Профилактика заключается в предупреждении заболеваний, которые могут стать причиной развития данного осложнения.

Список литературы

1. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением и *Helicobacter pylori*. //Васильев Ю.В. - 2002 г.- 1 с.
2. Ю.М. Степанов, В.И. Залевский, А.В. Косинский. Желудочно – кишечные кровотечения (причины, диагностика, лечение)// Ю.М. Степанов, В.И. Залевский, А.В. Косинский, - 2011 г. - 8 с.
3. М.И. Кузин. Хирургические болезни: Учебник. // М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин и др. – М. Медицина, 2002 г. –с 303.
4. Стяжкина С.Н. Структура заболеваемости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки //Стяжкина С.Н., Бекмачева Е.С., Грузда А.М. Международный студенческий научный вестник – 2015 г - с 67.

