

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, КАК
ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА**

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 продемонстрирован клинический пример желудочно-кишечного кровотечения, как осложнение язвенной болезни желудка.

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

**CLINICAL CASE OF SEVERE GASTROINTESTINAL BLEEDING AS A
COMPLICATION OF GASTRIC ULCER**

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 demonstrates a clinical example of gastrointestinal bleeding as a complication of gastric ulcer.

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

УДК 617-089.844



Проблема желудочно-кишечных кровотечений остается актуальной задачей клинической медицины. Это связано с тем, что большая часть больных с данным диагнозом это люди молодого и среднего возраста.

Ежегодно желудочно-кишечные кровотечения становятся причиной более 300 тыс. случаев госпитализации в США. В европейских странах от 48 до 144 пациентов на 100 тыс. населения обращаются в стационары с признаками ЖКК [1, с. 9]. Желудочно-кишечные кровотечения возникают чаще у мужчин старше 40 лет, а вероятность появления кровотечений у больных пожилого возраста достигает 70-90 % случаев.

Желудочно-кишечное кровотечение – это истечение крови из эрозированных или поврежденных патологическим процессом кровеносных сосудов в просвет пищеварительных органов [3].

Существует множество причин кровотечений из желудочно-кишечного тракта. Оно может развиваться вследствие нарушения целостности слизистой оболочки, который приводит к обнажению глубоких сосудов, их эрозии; проникновения крови через стенку сосудов вследствие повышения проницаемости; нарушения свертывающей системы крови.

Таблица 1 Основные причины кровотечений из верхних отделов ЖКТ (Ивашкин В.Т., 2008)

Заболевание	%
Язвенная болезнь	46-56
Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки	9-12
Варикозное расширение вен пищевода	16-20
Эрозивный эзофагит и пептическая язва пищевода	4-7
Синдром Мэллори-Вейса	4-4,5
Опухоли пищевода и желудка	3-5
Другие причины	4-5

Кровотечение является одним из частых осложнений язвенной болезни на долю которого приходится от 5% до 10% осложнённых случаев. Источником кровотечения, возникающего в период обострения у лиц молодого возраста,



чаще является язва двенадцатиперстной кишки, у больных старше 40 лет — язва желудка.

Кровотечения при язвенной болезни желудка является опаснейшим осложнением. Оно возникает вследствие аррозии ветвей желудочных артерий. По степени тяжести кровотечения выделяют 4 степени кровопотери. 1 и 2 степень желудочных кровотечений не сопровождается заметной реакцией со стороны гемодинамики, проявляется лишь незначительным снижением гемоглобина и чёрным калом. 3 степень - средняя тяжесть острой кровопотери проявляется снижением АД, но не значительным; наблюдается тахикардия, а так же характеризуется содержанием гемоглобина менее 100 г/л в отличие от массивной кровопотери - 4 степень, при которой содержание гемоглобина падает менее 80 г/л, выраженная тахикардия до 120 уд/мин, при это возникает гипотония до 80 мм.рт.ст. Так же при острых кровопотерях лабораторно определяется выраженная эритропения, но может быть скрыта в первые часы после кровотечения за счет компенсаторных механизмов организма.

При осмотре у больного отмечается общая слабость, сухость во рту, головокружение, вплоть до потери сознания, отмечается сильная боль в животе, которая может уменьшиться, либо исчезнуть на время за счет нейтрализации соляной кислоты кровью. Так же можно наблюдать явные признаки: дёгтеобразный стул, проявляющийся после кровавой рвоты, характер которой может быть разной (чаще всего рвота цвета «кофейной гущи») [2, с. 303]

В отношении хирургической тактики при язвенной болезни, осложненной кровотечением, до настоящего времени нет единства взглядов. Все разногласия могут быть сведены к трем, но не одинаково популярным точкам зрения. Сугубо консервативной тактики придерживаются в основном терапевты.

Наибольшее число сторонников завоевала активно-выжидательная тактика, при которой лечение начинается с консервативных мероприятий, и только отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии заставляют прибегнуть к оперативному вмешательству на высоте кровотечения.



Методом выбора при лечении язвенных кровотечений в нашей стране в подавляющем большинстве общехирургических стационаров остается резекция желудка в классическом ее варианте. Однако за последние три десятка лет ваготомия завоевывает все больше сторонников при операции на высоте кровотечения из язвы, как за рубежом, так и в нашей стране [4, с. 28].

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

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

Результаты исследования:

Клинический случай: Пациент Л., 45 лет

Место жительства: г. Ижевск, Удмуртская республика

Дата поступления в стационар: 09.12.2020

Диагноз клинический: Язвенная болезнь, осложненная кровотечением тяжелой степени тяжести

Поступил с жалобами на общую слабость, многократную рвоту с кровью и чёрный кал.

Анамнез болезни: Считает себя больным в течение нескольких дней, когда появилась общая слабость и рвота кровью. За медицинской помощью не обращался. 09.12.20 вызвал скорую помощь. Доставлен в приёмной покой дежурной хирургии 1 РКБ, осмотрен хирургом, госпитализирован в хирургическое отделение.

Вредные привычки: Не имеет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, гепатит В с 1980 г

В ходе общего осмотра: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное на каталке. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм.рт.ст.. Пульс 80 ударов в минуту. Язык влажный, налёта нет. Живот не вздут,



участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги, не увеличена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются. Опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируются. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

Для верификации диагноза было выполнено:

Полный анализ крови от 09.12.2020

WBC $7,10 \cdot 10^9/\text{л}$

RBC $2,08 \cdot 10^{12}/\text{л}$

HGB 65г/л

HCT 19,9%

MCV 95,7 Фл

MCH 31,3 Пг

MCHC 32,7 г/дл

Протокол операции от 09.12.2020

Операция была проведена по поводу язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением. Вид операции: экстренная. Радикальная. Высокотехнологичная. Альтернативная. Протокол операции: На задней стенке ближе к малой кривизне желудка язва диаметром 2,0 см с струйным артериальным кровотечением. Клипирование язвы 4 эндоклипсами. Контроль желудочно-кишечного кровотечения остановлено.

Клинический анализ крови 10.12.2020

WBC $6,80 \cdot 10^9/\text{л}$

RBC $2,58 \cdot 10^{12}/\text{л}$

HGB 76г/л

HCT 23,9%

MCV 92,6 Фл



МСН 29,5 Пг

МСНС 31,8 г/дл

Анализ мочи 10.12.2020 – крови нет, уробилиноген «+/-», кетоновые тела 100 мг/дл, рН=5,0, удельный вес 1,030, лейкоциты «+/-», цвет – светло-желтый, прозрачный

Была проведена трансфузия (переливание) донорской крови и ее компонентов 11.12.2020.

Биохимический анализ крови 11.12.2020

Мочевина 5,9 ммоль/л

АЛТ 8,8 Ед/л

АСТ 14,2 Ед/л

Креатинин 70 ммоль/л

Глюкоза 4,76 ммоль/л

Хлор 104,6 ммоль/л

Билирубин общий 16,0 мкмоль/л

Билирубин прямой 5,3 мкмоль/л

Билирубин непрямой 10,7 мкмоль/л

Общий белок 47,0 г/л

Альбумины 32,7 г/л

Глобулины 14,3 г/л

Фибриноген 2,77 г/л

ПТВ 10,4 сек

МНО 1,06 сек

В анализе мочи от 12.12.2020



ФГС: Язва нижней трети тела желудка F2c. Состояние после клипирования язвы тела желудка. Острые эрозии антрума и луковицы двенадцатиперстной кишки.

Анализ мочи от 12.12.2020 – крови нет, уробилиноген 1,0 мг/дл, кетоновые тела 100мг/дл, рН=5,0, удельный вес 1,030, лейкоциты в поле зрения, аскорбиновая кислота «+», цвет мочи светло-желтый прозрачный.

Полный анализ крови от 15.12.2020

WBC 9,37*10⁹/л

RBC 3,29*10¹²/л

HGB 100 г/л

HCT 31,3%

MCV 95,1 Фл

MCH 30,4 Пг

MCHC 31,9 г/дл

Анализ мочи от 15.12.2020 - все показатели пришли в норму.

За время нахождения в стационаре было проведено соответствующее лечение, пациент шёл на поправку, в связи с чем был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение в ЛПУ по месту жительства.

Вывод:

Желудочно-кишечное кровотечение — это опасное состояние. Его прогноз зависит от объёма и причины кровопотери, возраста пациента и наличия сопутствующих заболеваний. Риск неблагоприятного исхода в случае несвоевременного обращения к врачу очень высокий.



Как показал данный клинический случай, после оказанного оперативного вмешательства пациент поправился, ему были даны рекомендации по лечению, дальнейшему возвращению к труду.

Список литературы

1. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением и *Helicobacter pylori*. //Васильев Ю.В. - 2002 г.- с1
2. М.И. Кузин. Хирургические болезни: Учебник. // М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин и др. – М.Медицина, 2002 г. –с 303.
3. Стилиди Е.И. Желудочно-кишечное кровотечение. [Электронный ресурс] - URL: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/gastrointestinal-bleeding?PAGEN_2=2#proc. (Дата обращения: 15.04.2021).
4. В.В. Проничев. Язвенная болезнь. Учебное пособие. ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия // В.В. Проничев, М.Н. Климентов, С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, М.В. Варганов, А.В. Леднева.-2017 г- с.4

