ВЕДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

MANAGEMENT AND TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATION OF GASTROINAL UCERDISE

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Ижевская Государственная Медицинская Академия, г. Ижевск

Мухамадиева Анастасия Романовна, студент 4 курса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской Академии, г.Ижевск

Николаева Юлия Николаевна, студент 4 курса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской Академии, г. Ижевск

Васильев Александр Дмитриевич, студент Ижевской Государственной Медицинской Академии, г. Ижевск

Жуйкова Алина Андреевна, студент Ижевской Государственной Медицинской Академии, г. Ижевск

S.N. Styazhkina sstazkina064@gmail.com

A.R. Mukhamadieva nastya-muh@mail.ru

Y.N. Nikolaeva nikolaevayulia28061999@gmail.com

A.D. Vasiliev sasha133133@list.ru

A.A. Zhuikova

Аннотация

Язвенная болезнь (ЯБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим

проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1].

Annotation

Peptic ulcer disease (PUD) is a chronic recurrent disease occurring with alternating periods of exacerbation and remission, the leading manifestation of which is the formation of a defect (ulcer) in the wall of the stomach and duodenum (Duodenum)[1].

Ключевые слова: язвенная болезнь, кровотечение, осложнение, обострение, гепатоз

Keywords: peptic ulcer, bleeding, complication, exacerbation, hepatosis.

Актуальность

ЯБ встречается у 7-14% взрослого населения экономически развитых стран. За период с 2006 по 2017 г. Заболеваемость ЯБ снизилась со 128,7 до 79,5 на 100 000 населения, однако отмечается увеличение частоты осложнений ЯБ, приводящих в том числе и к летальным исходам.

Введение

Общепринятой классификации ЯБ не существует, однако

По инфицированности H. pylory:

- Ассоциированная с H. pylory;
- Неассоциированная с H. pylory (идиопатическая).

По этиологии:

- Самостоятельное заболевания (эссенциальная ЯБ);
- Симптоматическая (на фоне приема лекарств, эндокринная, «стрессовая», и т.д.).

По локализации:

- ЯБ желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала);
- ЯБ ДПК (луковицы, постбульбарного отдела);
- Сочетанная ЯБ желудка и ДПК.

По числу дефектов:

- Одиночные;
- Множественные.

По размерам язвенного дефекта:

- Малых размеров – до 0,5 см в диаметре;
- Средних размеров - 0,6-1,9 см в диаметре;
- Больших размеров - 2,0 - 3,0 см в диаметре;
- Гигантских размеров - свыше 3,0 см в диаметре.

По стадии течения заболевани:

- обострения;
- рубцевания;
- ремиссии.

Осложнения ЯБ проявляются в виде кровотечения, перфорации, пенетрации, стеноза привратника и малигнизации. Эти осложнения являются основными источниками летальных исходов при ЯБ. Наиболее частое из них – кровотечение.

Основные признаки кровотечения при ЯБ желудка и ДПК: Рвота содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис). Черный дегтеобразный стул (мелена). Может отмечаться примесь неизмененной крови (в зависимости от локализации дефекта)

Факторы риска, приводящие к кровотечению – прием ацетилсалициловой кислоты и НПВП, размеры язвы больше 1 см, а также инфекция H. Pylory.

Материалы и методы. Исследовательская работа была проведена на базе хирургического отделения БУ УР «Первая республиканская больница МЗ УР» г. Ижевска. Проведен анализ течения, лечения и исхода у пациента с язвенной болезнью желудка, которая осложнилась кровотечением.

Результаты и их обсуждения. Больной А. (40 лет) 26 октября экстренно поступил в реанимационное отделение с жалобами на боль в области

эпигастрия, рвота двукратная цвета «кофейной гущи», после которой наступало облегчение, периодическая тошнота, общая слабость.

Диагноз при поступлении: язвенная болезнь желудка, в стадии обострения, состоявшееся кровотечение средней степени тяжести.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, жировой гепатоз, переходящий в цирроз, хронический панкреатит, тромбоз воротной вены.

Данные обследования при поступлении:

Осмотр: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледноватые, перкуторный звук легочной, тоны сердца ритмичные, ясные, артериальное давление 130/80, ЧСС 100; живот увеличен в объеме, при пальпации мягкий, болезненный вэпигастрии, печень в норме, из-под реберной дуги не выступает, симптомы раздражения брюшины отрицательные, симптом сотрясения отрицательный, отеков нет.

Полный анализ крови:

Лейкоциты 16,15 10^9/л (при норме до 10,00)

Эритроциты 5,24 10^{12}/л (при норме до 5,00)

Гемоглобин 171 г/л (при норме до 160)

Тромбоциты 138 10^9/л (при норме от 150 до 300)

Билирубин общий 136,4мкмоль/л (8,5-20,5)

Прямой билирубин 90,5мкмоль/л (1-20)

Непрямой билирубин 45,9мкмоль/л (1-8)

АСТ 289,4ед/л (10-40)

АЛТ 58,2ед/л (до 44)

ПТВ 13,4 сек (15-17,8)

АЧТВ 43,5 сек (24-35)

Эзофагогастродуоденоскопия: язва кардиоэзофагиального перехода, желудочно-кишечное кровотечение из язвы кардиэзофагиального перехода, множественные язвы в кардии желудка и в начальном отделе двенадцатиперстной кишки.

УЗИ брюшной полости: следы свободной жидкости в брюшной полости,

деформация желчевыводящих путей, повышенная эхогенность поджелудочной железы, признаки острого панкреонекроза, изменения печени.

При поступлении больного сразу определили в реанимационное отделение, где ему ввели раствор Рингера, церукал 2,0, фамотидин 20 мг, трамадол внутривенно медленно 50 мг.

По данным второго эндоскопического исследования кровотечение по классификации Forrest отнесли к F2a (остановившееся кровотечение, наличие тромбированного сосуда). Вероятность рецидива составляет примерно 50%. При среднем риске повторного кровотечения больного перевели из реанимационного отделения в хирургическое.

Лечение в стационаре было следующего плана: раствор Рингера, транексам внутривенно 1000 мг 3 р/сут, аминокапроновая кислота 5%внутривенно 200мл, гордокс внутривенно 2 млн. КИЕ, церукал внутривенно 10 мг 3 р/сут, фамотидин внутривенно 20 мг, октреотид внутривенно 25–50 мкг/ч, омепразол 40мг/сут, гептор внутривенно 400 мг/сут.

К концу лечения были проведены повторно лабораторные исследования, результаты которого показали улучшение состояния больного:

Лейкоциты 8,9 10^9/л (при норме до 10,00)

Эритроциты 4,1 10^{12}/л (при норме от 3,9 до 5,00)

Гемоглобин 148 г/л (при норме до 160)

Тромбоциты 151 10^9/л (при норме от 150 до 300)

АСТ 41ед/л (10-40)

АЛТ 42ед/л (до 44)

УЗИ брюшной полости: поджелудочная железа на верхней границе нормы, выраженно диффузно неоднородна, эхогенность неравномерная, объем следов жидкости в брюшной полости снизился.

Пациент был выписан из больницы с улучшенным состоянием и с дальнейшим наблюдением по месту жительства.

Заключение

Язвенная болезнь является серьезной проблемой в настоящее время, количество осложнений увеличивается с каждым годом. Качество работы врачей позволяет бороться с данными осложнениями и спасать жизни людей, однако стоит задуматься над образом жизни и уделять как можно больше внимания профилактике и предотвращению данного заболевания.

Литература

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни // Москва. 2013.
2. Ивашкин В.Т.,Маев И.В., Царьков П.В. Клинические рекомендации «Диагностика и лечение язвенной болезниу взрослых»// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020 30(1)// Электронный доступ:http://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf
3. Айрапетов Д.В., Бабушкин Д.А., Козлов В.А., Овчинников В.И. Методическая разработка «Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная кровотечением» // Изд. УГМА, Екатеринбург. 2011 // Электронный доступ: http://больница1.екатеринбург.рф/file/d9b98c4268ea0b196182729d60c408fb
4. Никифорова Н.А., Карапетян Т.А., Доршакова Н.В. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в регионах Европейского севера России // Журнал «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология». 2014 // Электронный доступ: https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-yazvennoy-bolezni-zheludka-i-dvenadtsatiperstnoy-kishki-v-regionah-evropeyskogo-severa-rossii
5. Кириенко А. И., Шулутко А. М. , Семиков В. И Хирургические болезни: учебно-методическое пособие // Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2011.
6. Маев И. В., А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев Болезни желудка // Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2015.

Literature

1. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of peptic ulcer // Moscow. 2013.
2. Ivashkin V.T., Mayev I.V., Tsar'kov P.V. Clinical guidelines "Diagnosis and treatment of peptic ulcer in adults" // Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology. 2020 30 (1) // Electronic access: http: //www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf
3. Airapetov D.V., Babushkin D.A., Kozlov V.A., Ovchinnikov V.I. Methodical development "Peptic ulcer and duodenal ulcer, complicated by bleeding" // Ed. UGMA, Yekaterinburg. 2011 // Electronic access: http: // hospital1.ekaterinburg.rf/file/d9b98c4268ea0b196182729d60c408fb
4. Nikiforova N.A., Karapetyan T.A., Dorshakova N.V. Epidemiology of gastric ulcer and duodenal ulcer in the regions of the European North of Russia // Journal of Experimental and Clinical Gastroenterology. 2014 // Electronic access: https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-yazvennoy-bolezni-zheludka-i-dvenadtsatiperstnoy-kishki-v-regionah-evropeyskogo-severa-rossii
5. Kirienko A. I., Shulutko A. M., Semikov V. I. Surgical diseases: teaching aid // Moscow: GEOTAR-Media. 2011.
6. Maev IV, AA Samsonov, DN Andreev Diseases of the stomach // Moscow: GEOTAR-Media. 2015.