

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Стяжкина С.Н.¹, Брагина Е.Ю.², Захарова Е.А.³

¹Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской хирургии;

²Брагина Екатерина Юрьевна – студент;

³Захарова Екатерина Андреевна - студент,
лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Аннотация: в статье приводится краткая характеристика язвенной болезни желудка, способы ее диагностики, рассматривается типовой клинический случай, пример тактики ведения пациента с язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением. Доказывается необходимость в целостном анализе клинических примеров, их становление базой для накопления опыта и более тщательного анализа острых состояний пациентов. Обобщается последовательность ведения пациента, шаги к скорому выздоровлению больного, в том числе – хирургические вмешательства, его выписке с положительной динамикой.

Ключевые слова: язва, язвенная болезнь, кровотечение из язвы, хирургия.

Желудочное кровотечение – процесс излития крови в полость желудка из эрозированных или поврежденных патологическим процессом кровеносных сосудов. Около 75% желудочных кровотечений являются осложнением такого заболевания как язвы желудка. При этом каждый пятый пациент с язвой желудка, не получающий должного лечения, госпитализируется в хирургический стационар по поводу желудочного кровотечения. Помимо язвенной болезни, к причинам желудочных кровотечений относятся: травмы желудка, злокачественные новообразования при распаде опухоли, дивертикул желудка при воспалении его стенки или сосуда. По причинам возникновения желудочного кровотечения выделяют: язвенные - обусловленные язвенной болезнью, и неязвенные – обусловленные другими причинами. В зависимости от выраженности симптомов выделяют явные и скрытые кровотечения. В зависимости от продолжительности кровотечения разделяют на острые и хронические. Общие симптомы желудочного кровотечения схожи с признаками любого кровотечения у человека. Для них характерны: бледность кожных покровов, слабость, холодный пот, понижение артериального давления, учащенное и слабое по силе сердцебиение, шум в голове и головокружение, в тяжелых случаях потеря сознания. Симптомы нарастают по мере интенсивности кровотечения, и, исходя из этого и количества потери крови определяется степень кровотечения – легкая, средняя и тяжелая. Симптомы кровотечения при различных причинах могут иметь различные характеристики. Но общими симптомами считаются рвота с кровью, или гематомезис, и примеси крови в кале, или мелена. Характерной чертой желудочного кровотечения является рвота, напоминающая кофейную гущу. Кал при желудочном кровотечении имеет дегтеобразный вид – черный. А вот прожилки в кале говорят о кишечном кровотечении. Для желудочного кровотечения не характерен болевой синдром. Обследование пациента с желудочно-кишечным кровотечением начинают с тщательного выяснения анамнеза, оценки характера рвотных масс и испражнений, проведения пальцевого ректального исследования. 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. Классификация желудочных кровотечений по Форесту: F1 – активный процесс кровотечения: F1a – кровь вытекает из поврежденного сосуда струей (может проследиваться пульсация), F1b – кровь вытекает из сосуда по каплям («пропотевание»), F2 – кровотечение остановилось: F2a – на дне язвы тромбированный сосуд (диаметром менее 2 мм), F2b – на дне язвы фиксированный сгусток (диаметром более 2 мм), F2c – на дне язвы черные пятна (мелкие тромбированные сосуды), F3 – кровотечение не выявлено (чистое дно язвы)[1]. Лечение преимущественно направлено на прекращение кровотечения и проведение мероприятий с целью недопущения рецидивов заболевания. Для устранения симптомов, гастроэнтерологи наиболее часто применяют следующие методы: проведение срочных реанимационных мероприятий и хирургического вмешательства (при тяжелой форме заболевания), лечебная эндоскопия, предусматривающая механическое или химическое воздействие на пораженный участок, назначение специальных препаратов для прекращения кровотечения и укрепления организма, соблюдение диеты, предполагающей дробное питание полностью измельченной пищей. При тяжелой кровопотере необходима гемостатическая и заместительная терапия [2]. Клинический пример. Пациент А., мужской пол, 47 лет, поступил экстренно

в БУЗ УР «1 РКБ» МЗ УР 02.04.17 в хирургическое отделение с предварительным диагнозом, выставленным бригадой СМП: гастрит, язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Жалобы на режущие боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи, не иррадирующие, мелену, общую слабость, тошноту, отказ от пищи, отсутствие позывов к акту дефекации (отсутствие позыва к акту дефекации в течение 5 дней). Объективно: бледные, сухие кожные покровы, их гиперкератоз, видимые слизистые бледные, пигментных пятен нет, язык чистый, сухой, при поверхностной и глубокой пальпации колюще-ноющие боли в области эпигастрия, правой подреберной области. Симптомы Мондора, Холстеда, Куллена, Турнера, Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Картины ультразвукового исследования органов брюшной полости и фиброгастродуоденоскопии: язва кардиофагального отдела неясной этиологии, хронический гастрит в фазе ремиссии, повышенный риск возникновения кровотечения, классификация по Форрест F1B. При общем клиническом анализе крови: гипохромная анемия, гипогемоглобинемия, ретикулоцитоз, ускорение СОЭ до 15 мм/ч. Было назначено лечебное голодание в течение 5 дней, парентеральное питание. Кровотечение было купировано аминокaproновой кислотой через желудочный зонд, были назначены даралгин, этазилат натрия, транексамициновая кислота. Через 10 дней пациент был выписан с положительной динамикой, были даны рекомендации по соблюдению диетического стола № 1, избегания стрессовых ситуаций, значительных физических нагрузок, регулярное посещение гастроэнтеролога по месту медицинского обслуживания (1 раз в 3 месяца).

Список литературы / References

1. *Стяжкина С.Н., Бекмачева Е.С., Грузда А.М.* Структура заболеваемости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // *Международный студенческий научный вестник*, 2015. № 2-1. С. 67-67.
2. *Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Леднева А.В., Коробейников В.И., Климентов М.Н., Проничев В.В., Кузнецов И.С., Санников П.Г.* Желудочно-кишечные кровотечения // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*, 2012. № 9. С. 38-39.