

УДК 616.01

***СЛОЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ
ЖЕЛУДКА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ, ОСЛОЖНЕННОЙ
РЕЦИДИВИРУЮЩИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
ТЯЖЕСТИ И ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ***

Гудовских Н.В.

*Студентка 424 группы лечебного факультета
Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Соловьева А.А.

*Студентка 424 группы лечебного факультета
Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Стяжкина С.Н.

*д.м.н., профессор
Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Аннотация

Статья отражает клинический случай успешной диагностики и лечения пациента с непрерывно рецидивирующей язвой желудка, осложненной рецидивирующим кровотечением тяжелой степени, несостоятельностью швов гастротомической раны и поддиафрагмальным абсцессом слева, а также содержит современные данные о частоте встречаемости язвенной болезни желудка.

В публикации представлен клинический случай по данной теме. Нами доказано, что основу лечения язвенной болезни желудка, осложненной рецидивирующим кровотечением тяжелой степени тяжести, несостоятельностью швов гастротомической раны и поддиафрагмальным абсцессом слева, составляет как консервативная терапия, включающая в себя антибактериальную терапию и препараты, направленные на

купирование болевого синдрома, снижение концентрации соляной кислоты и ингибирование протонового насоса желудка, так и оперативное лечение, заключающееся в неоднократном проведении санационной релапаротомии, ушивании язвенного дефекта, укреплении швов гастротомической раны, а также дренировании и санации полости абсцесса. Грамотное сочетание оперативных вмешательств и консервативной терапии позволяет полностью восстановить состояние здоровья больного.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хирургическое лечение, поддиафрагмальный абсцесс, клинический случай.

***COMPLICATED CLINICAL CASE OF A GASTRIC CHRONIC
ULCER IN THE STAGE OF AN EXCERPTION, COMPLICATED BY
RECOVERY BLEEDING OF A SEVERE GRAPE AND LIVERABLE
ABSCESS***

Gudovskikh N.V.

Student of 424 group of the medical faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Solovyeva A.A.

Student of 424 group of the medical faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Styazhkina S.N.

MD, professor

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Annotation

The article reflects the clinical case of the successful diagnosis, management and treatment of a patient with continuously recurring gastric ulcer, complicated by severe recurrent bleeding, failure of sutures of the gastrotomy wound and subphrenic abscess on the left. The article contains modern data on the incidence of gastric ulcer.

A literature review was carried out and a clinical case on this topic was presented. We have proved that the basis for the treatment of gastric ulcer and its complications is conservative therapy, which includes antibacterial therapy and drugs aimed at stopping pain, lowering the concentration of hydrochloric acid and inhibiting the proton pump of the stomach, and mainly surgical treatment, consisting in repeated sanitation relaparotomy, suturing of a peptic ulcer, strengthening the sutures of the gastrotomy wound, as well as drainage and rehabilitation of the abscess cavity. A competent combination of surgical interventions and conservative therapy allows you to fully restore the patient's state of health.

Key words: peptic ulcer, surgical treatment, subphrenic abscess, clinical case.

Язвенная болезнь желудка – общее хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с полициклическим течением, характерными особенностями которого являются сезонные обострения, сопровождающиеся возникновением язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка и развитием осложнений, угрожающих жизни больного.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

По данным исследований отечественных ученых 1999 г. Ивашкина В. Т., Мегро Ф.П, Папиной Т.П одной из основополагающих причин развития язвенной болезни является поражение слизистой оболочки желудка бактериями *Helicobacter pylori*. [5] Кроме этого, к этиологическим факторам можно отнести наследственную предрасположенность, неправильное и несбалансированное питание, вредные привычки (алкоголизм).

По данным Василенко В.Х. 1980г., патогенез язвенной болезни многообразен, сложен и до конца не изучен. Чаще всего его представляют в виде своеобразных "весов", на одной чаше которых находятся факторы агрессии (травматизация, литическое действие желчных кислот, НР-инфекция, лекарственные препараты), а на другой - факторы защиты слизистой оболочки (активная регенерация, достаточное кровоснабжение, выработка бикарбонатных ионов). Преобладание факторов агрессии, а также снижение активности факторов защиты приводят к формированию язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки. [2]

По статистическим данным различных стран, язвенной болезнью страдают в течение жизни от 10,0 до 16,0% взрослого населения [4,9]. В последние годы отмечается тенденция к увеличению заболеваемости различными формами язвенной болезни среди людей молодого возраста [6, 10]. У мужчин молодого возраста она диагностируется в 2-5 раз чаще, чем у женщин.

Язвенная болезнь желудка – заболевание, для которого характерно наличие большого количества осложнений (кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация и т.д).

Кровотечение представляет собой самое тяжелое осложнение язвенной болезни и встречается у 15-20% больных. Около одной трети

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

больных, оперированных по поводу язвенной болезни, оперируются по поводу кровотечения, которое является причиной 50% летальных исходов при язвенной болезни.

Причинами кровотечения могут быть разрыв крупного сосуда на дне язвы, симптоматические язвы, возникающие в результате терапии НПВС и глюкокортикостероидами, поскольку, особенно последние, повышая пептическую активность желудочного сока, вместе с тем подавляют разрастание соединительной ткани, тормозящей углубление язвы.[8]

В результате того, что кровотечение, возникающее при язвенной болезни, зачастую приводит к летальному исходу, необходимо выбирать правильную тактику лечения данного осложнения, заключающуюся в грамотном сочетании консервативной терапии и хирургического лечения.[11]

Рассмотрим сложный клинический случай течения язвенной болезни желудка с рецидивирующим кровотечением тяжелой степени тяжести и представим оптимальное сочетание консервативного и оперативного лечения пациента, приводящего к нормализации общего состояния и гемодинамических показателей.

Клиническое наблюдение. Больной Н., 50 лет, 05.07.2019 планово поступает в хирургическое отделение Можгинской РБ, где находится на стационарном лечении с основным диагнозом: язвенная болезнь желудка. Множественные острые язвы желудка. Осложнения основного заболевания: рецидивирующее профузное кровотечение, несостоятельность швов гастротомической раны в области эзофагокардиального перехода с формированием поддиафрагмального абсцесса. Перенесенные операции за время стационарного лечения: 06.07.2019 – лапаротомия, прошивание язв желудка с тампонадой слизистой, перевязка левой желудочной артерии. 10.07.2019 – Релапаротомия, регастротомия, Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

прошивание язв желудка с тампонадой слизистой, санация брюшной полости и полости поддиафрагмального абсцесса с дренированием полости абсцесса. 28.07.2019 – Релапаротомия, регастротомия, ушивание язвы желудка, с дренированием подпеченочного пространства. Учитывая тяжесть состояния больного, консилиум врачей решил перевести пациента в РКБ №1 г.Ижевска с целью последующего хирургического лечения.

29.07.2019 года пациент поступает в РКБ №1 г.Ижевска с жалобами на общую слабость, умеренную болезненность в области послеоперационной раны и дренажей. Общий осмотр от 29.07.2019: состояние тяжелое, сознание ясное, положение активное в пределах кровати. Кожные покровы бледные, теплые, сухие. Склеры физиологической окраски. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 105 в минуту, АД 132/80 мм.рт.ст. Живот напрягает при пальпации, умеренно болезненный в области послеоперационной раны и дренажей, перистальтика выслушивается. Питание парентеральное, по назогастральному зонду сброса нет. Установлен мочевого катетер, тип диуреза стабилен. По дренажам из брюшной полости незначительное количество серозного отделяемого.

31.07.2019 с учетом показаний (наличие клинически множественных язв желудка, непрерывно-рецидивирующие кровотечения, перфорации, подпеченочного абсцесса) пациенту была проведена операция: релапаротомия, ревизия гастротомической раны, адгеолизис, санация, дренирование брюшной полости. Состояние после операции стабильно тяжелое, обусловлено ранним послеоперационным периодом, нарушением белкового баланса, коагулопатией, анемией, ССВР, а так же энтеропатией

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

на фоне интраабдоминальной инфекции. Находится в отделении реанимации до 13.07.2019г.

С 31.07.2019 – 02.08.2019 – находился в отделении анестезиологии и реанимации. Состояние стабильно тяжелое, сознание ясное, положение пассивное. ЧДД составляет 16-18/мин. Живот поддут, напрягает при пальпации, умеренно болезненный в области послеоперационной раны и дренажей, перистальтика выслушивается умеренно вздут, умеренно болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. По дренажам серозное. Лапаротомная рана без признаков воспаления.

С 03.08.2019 по 13.08.2019 – состояние пациента улучшалось до удовлетворительного, сознание ясное, пациент контактен, на вопросы отвечает. ЧДД – 18 в минуту. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

06.08.2019 в результате того, что по дренажам отделилось 50мл серозно-геморрагического отделяемого, принято решение об их удалении. Status localis: повязка незначительно промокла серозным отделяемым. Рана с незначительно мутным серозным отделяемым, обработка раствором аквазан. Асептическая повязка.

16.08.2019 – состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожные покровы физиологической окраски, язык влажный, живот не вздут, мягкий, слабо болезненный в области послеоперационной раны. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются, активные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Status localis: повязка незначительно промокла серозным отделяемым, обработка раны раствором Аквазан. Пациент выписан с рекомендациями.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

Лабораторные данные:

1) Общий анализ крови: 29.07.2019 – RBC 3,06. HBG =84 г/л.
02.08.2019 – RBC 3,14. HGB = 96г/л 15.08.2019 – RBC 3,14. HGB = 120г/л. Наблюдается постепенное повышение уровня эритроцитов и гемоглобина за период стационарного лечения.

2) Биохимический анализ крови:

29.07.2019 – Общий белок 56 г/л, альбумин 29,9 г/л, СРБ – 96 мг/л, альфа-амилаза крови 45 ед/л.

05.08.2019 – Общий белок 59 г/л, альбумин 26,0 г/л, СРБ – 97 мг/л, альфа-амилаза крови 46 ед/л.

15.08.2019 – Общий белок 65,3 г/л, альбумин 35,7 г/л, СРБ – 46 мг/л, альфа-амилаза в норме.

В биохимическом анализе крови во время прохождения стационарного лечения наблюдается положительная динамика увеличения количества общего белка.

Инструментальные данные:

1) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 06.08.2019: очаговые образования в правой доле печени от 8 до 38 мм по типу папиллярных гемангиом, диффузных изменений печени, деформации, выраженной дискинезии желчного пузыря.

2) КТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием от 09.08.2019 – гемангиома правой доли печени. Диффузные изменения паренхимы печени. Деформация желчного пузыря. Следы жидкости в брюшной полости. Единичные лимфоузлы в воротах печени.

Исходя из полученных данных лабораторно-инструментальных методов диагностики (постепенная нормализация уровня эритроцитов, Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

гемоглобина, содержания общего белка, отсутствие полости абсцесса и признаков кровотечения после оперативного лечения) мы можем наблюдать эффективность лечения заболевания.

Консервативная терапия заключалась в применении следующих препаратов: кеторолак 2,0 мл внутримышечно 3 раза в день №15, нексиум 40 мг внутривенно капельно 1 раз в день №11, пиперациллин табактам 4,5 мг внутривенно струйно 3 раза в день №15, омепразол 1 таблетка 2 раза в день, диета №8. С целью лечения железодефицитной анемии пациенту была перелита эритроцитарная взвесь соответствующей группы крови.

Оперативное лечение заключалось в применении четырехкратной плановой санационной релапаротомии, регастростомии, адгеолизиса, дренировании и санации брюшной полости, дренировании и санации полости абсцесса.

Нами доказано, что основу лечения язвенной болезни желудка и ее осложнений, составляет как консервативная терапия, включающая в себя антибактериальную терапию и препараты, направленные на купирование болевого синдрома, снижение концентрации соляной кислоты и ингибирование протонного насоса желудка, так и оперативное лечение, заключающееся в неоднократном проведении санационной релапаротомии, ушивании язвенного дефекта, укреплении швов гастротомической раны, а также дренировании и санации полости абсцесса. Грамотное сочетание оперативных вмешательств и консервативной терапии позволяет полностью восстановить состояние здоровья больного.

Библиографический список:

1. Анохина Г. А. Болезни пищевода, желудка и кишечника: моногр. / Г.А. Анохина. - М.: Кворум, 2011. - 166 с.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

2. Василенко В. Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев. - М.: Медицина, 2016. - 344 с.
3. Гончарик И. И. Болезни желудка и кишечника / И.И. Гончарик. - М.: Высшая школа, 2007. - 160 с.
4. Ивашкин, В. Т. Болезни пищевода, желудка и кишечника / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 176 с.
5. Ивашкин В. Т. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, Ф.Мегро, Т.П. Папина. – М.: Триада-Х, 1999. – 255 с.
6. Минина, Т. Д. Гастрит и язвенная болезнь. Современный взгляд на лечение и профилактику / Т.Д. Минина. - М.: ИГ "Весь", 2010. - 598 с.
7. Привалова И.Б. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / И.Б.Привалова - Иркутск: ИрГУПС МК ЖТ, 2015. – 11 с.
8. Рухляда Н. В. Диагностика и лечение язвенной болезни, осложненной стенозом / Н.В. Рухляда, В.Е. Назаров, И.А. Ермолаев. - М.: ДЕАН, 2012. - 240 с.
9. Стяжкина С.Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и её осложнения / С.Н. Стяжкина, А.С. Осипова, Ю.К. Сайтова.// Вопросы науки и образования. – 2015. – №4. – 27 с.
10. Чернин, В. В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: моногр. / В.В. Чернин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 528 с.
11. Щеголев, А. А. *Helicobacter Pylori* и хирургия язвенной болезни / А.А. Щеголев, Б.Е. Титков. - М.: Центрполиграф, 2015. - 264 с.

Оригинальность 85%