

опросников, нацеленных на выявление артрита, дактилита, энтезита, спондилита у больных псориазом, и разработки путей маршрутизации пациентов на консультацию к врачу-ревматологу [4].

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Порошина, Л. А.* Некоторые этиопатогенетические факторы в развитии псориаза / Л. А. Порошина // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. Науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 25-летию основания учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет». – Гомель : ГомГМУ, 2016. – С. 803–804.
2. *Круглова, Л. С.* Риски и предикторы развития псориазического артрита при псориазе и вопросы раннего назначения генно-инженерных биологических препаратов / Л. С. Круглова, А. Н. Львов, А. В. Пушкина // Клиническая дерматология и венерология. – 2020. – Т. 19, № 3. – С. 289–296. – doi: 10.17116/klinderma202019031289
3. *Баткаева, Н. В.* Ранняя диагностика псориазического артрита у больных псориазом / Н. В. Баткаева, Э. А. Баткаев, Х. Г. Маабрех // Вестник последипломного медицинского образования. – 2019. – № 2. – С. 63–68.
4. *Башкова, И. Б.* К вопросу выявляемости псориазического артрита у пациентов с псориазом в условиях дерматологического стационара / И. Б. Башкова, И. В. Кольцова // Acta Medica Eurasica. – 2019. – № 4. – С. 1–11.
5. *Чамурлиева, М. Н.* Выявляемость периферических и аксиальных проявлений псориазического артрита у больных псориазом в дерматологической практике / М. Н. Чамурлиева, Е. Ю. Логинова, Т. В. Корогаева // Современная ревматология. – 2019. – Т. 13, № 4. – С. 48–54. – doi: 10.14412/1996-7012-2019-4-48-54

УДК 616.33/.34-005.1:616.12-008.46

*П. Л. Жоголь<sup>1</sup>, Е. Г. Малаева<sup>2</sup>, И. А. Томашевская<sup>1</sup>, П. Н. Гладковский<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Государственное учреждение здравоохранения  
«Гомельская городская клиническая больница  
скорой медицинской помощи»,

<sup>2</sup>Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

## ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТА С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

### *Введение*

В последнее время в клинике внутренних болезней все большее внимание врачей привлекает проблема закономерно частых сочетаний определенных болезней, характеризующихся общностью или близостью этиологических и патогенетических факторов. При сочетанной патологии заболевания взаимно влияют друг на друга, утяжеляя течение каждого из них [1].

Актуальной и недостаточно изученной считается проблема этиопатогенетической связи эрозивно-язвенной патологии верхних отделов ЖКТ

в сочетании с ХСН. Более 50% пациентов поступают в стационар с выраженным метаболическим синдромом – имеет место повышенный вес, ожирение той или иной степени, сочетающиеся с артериальной гипертензией (до 70%), гипергликемией, дислипидемией, ИБС [2].

По данным В. Х. Василенко, основным механизмом язвообразования являются расстройства гемодинамики (нарушение микроциркуляции в артериолах стенки желудка и двенадцатиперстной кишки), парез гладкой мускулатуры, выброс гормонов коркового вещества надпочечников, запускающих «порочные круги» [3].

По данным А. Л. Гебенева, в основе симптоматических гастродуоденальных язв при гипертонической болезни лежит нарушение гемодинамики, проявляющееся по типу «гипертензивной ангиопатии» [4]. Эти изъязвления часто протекают бессимптомно, характеризуются высокой частотой желудочно-кишечных кровотечений. Среди язв, развивающихся на фоне заболеваний ССС, следует выделить язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с распространенным атеросклерозом, отличающиеся большими размерами язвенного дефекта, но скудной клинической симптоматикой, осложняющейся внезапным желудочно-кишечным кровотечением или перфорацией. Клинически они напоминают «старческие язвы», а если развиваются у лиц пожилого и/или старческого возраста, то позволяют отнести их к язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки с сопутствующим поражением ССС [5].

Особенностью представленного ниже клинического случая является наличие у пациента с желудочно-кишечным кровотечением тяжелой сопутствующей патологии, затрудняющей лечение ЖКК.

#### *Случай из клинической практики*

Пациент С., 61 год, поступил в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с жалобами на перебои в работе сердца, одышку, резкую слабость, сухость во рту, периодически стул черного цвета. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, сахарный диабет (СД), трофические язвы голеней. Жалобы на плохое самочувствие отмечает в течение 10 дней, усугубление состояния с нарастанием одышки и слабости – около 3 сут, в связи с чем была вызвана бригада скорой медицинской помощи, и пациент был госпитализирован в хирургическое отделение, откуда в течение двух часов в связи с ухудшением состояния был переведен в отделение анестезиологии и реанимации.

При поступлении общее состояние пациента тяжелое, сознание ясное, положение активное, кожные покровы бледные. Артериальное давление 90/70 мм рт.ст., пульс аритмичный, ЧСС 78 уд./мин, границы сердца не рас-

ширены, тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в минуту, одышка носит смешанный характер, потребности в кислороде нет. Живот мягкий безболезненный, нижний край печени безболезненный, пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Стул ежедневный, с патологическими примесями черного цвета.

*Осмотр врача анестезиолога-реаниматолога в отделении:* общее состояние пациента тяжелое, сознание ясное, состояние психики подавленное. Зрачки D=S, менингеальных знаков нет. Телосложение гиперстеничное, состояние ПЖК: ожирение 1 ст. Кожные покровы бледные. Температура тела 36,1°C. Артериальное давление 105/60 мм рт.ст., пульс аритмичный, ЧСС 90 уд./мин, границы сердца не расширены, тоны сердца глухие, аритмичные. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, частота дыхательных движений 18–20 в минуту, одышка носит смешанный характер, SpO<sub>2</sub>=95% (на фоне увлажненного O<sub>2</sub> через носовые канюли 5 л/мин). Рвоты нет, язык сухой, не обложен, зев не гиперемирован. Печень не увеличена, желчный пузырь не определяется. Перистальтика кишечника обычная. Живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, болезненный в эпигастральной области. Стул ежедневный, черного цвета. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный.

*Локальный статус:* стопы теплые на ощупь, пастозность стоп и голеней, кожа индуцирована, гиперемирована. На этом фоне множественные мелкие трофические язвы от 0,5 до 1,5 см в диаметре. Отделяемое из ран серозное, пульсация на ПКА с обеих сторон.

Проведенное обследование представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Общий анализ крови

Показатель	Результат исследования при поступлении	Результат исследования в середине лечения	Результат исследования при выписке	Референтные интервалы
RBC, ×10 <sup>12</sup> /л	1,62↓	3,56↓	3,39↓	6–9
HGB, г/л	48↓	104↓	101↓	116–160
HCT	0,148↓	32	33,5	0,36–0,48
PLT, ×10 <sup>9</sup> /л	460↑	223	118↓	180–320
WBC, ×10 <sup>9</sup> /л	10,3↑	4,36	5,8	4–9
LIM#, ×10 <sup>9</sup> /л / LIM%	1,2↓ / 12↓	0,57↓ / 13,1↓	1,73 / 29,8	1,3–3 / 19–37
NEU#, ×10 <sup>9</sup> /л / NEU%	8,1↑ / 78↑	2,54 / 58,3	2,2 / 38↓	2,04–5,8 / 45–70

*Общий анализ мочи:* белок при поступлении 0,44 г/л, в середине лечения 1,2 г/л, при выписке 0,35 г/л, в остальном без особенностей.

Показатели гемостазиограммы и биохимического анализа крови представлены в таблицах 2 и 3.

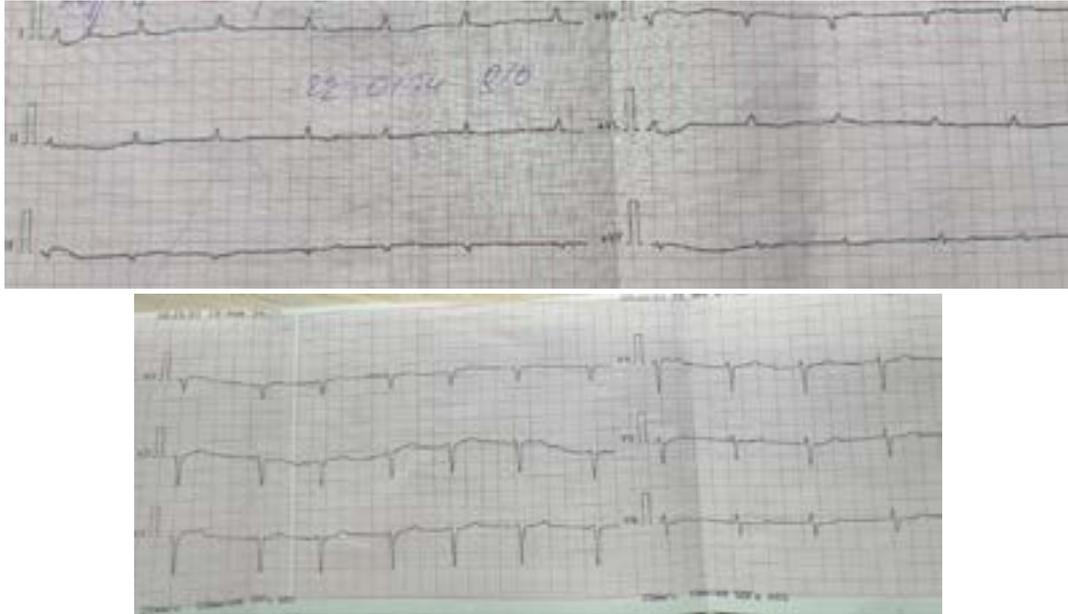
Таблица 2 – Показатели гемостазиограммы

Показатель	Результат исследования при поступлении	Результат исследования в середине лечения	Результат исследования при выписке	Показатель нормы
Протромбиновое время, с	25,5↑	16,8↑	13,9↑	9,4–12,5
МНО	2,16↑	1,44↑	1,2↑	0,86–1,17
АЧТВ, с	42↑	47↑	53↑	24–36
R-АЧТВ	1,36↑	1,53↑	1,7↑	0,8–1,2
Фибриноген, г/л	5,6↑	5,4↑	6,4↑	2–4

Таблица 3 – Показания биохимического анализа крови

Показатель	Результат исследования при поступлении	Результат исследования в середине лечения	Результат исследования при выписке	Референтные интервалы
Креатинин, мкмоль/л	272↑	222↑	153↑	61–123,7
Мочевина, ммоль/л	24,8↑	9,8↑	12,5↑	2,5–8,3
Холестерин, ммоль/л	2,9↓	–	3,8	3,3–5,1
Общий билирубин, мкмоль/л	15	14	21	3–21
АСТ, Ед/л	34	44	48↑	3–46
АЛТ, Ед/л	16	9	14	3–49
Хлор, ммоль/л	109↑	114↑	105	98–107
Натрий, ммоль/л	142	136	137	135–148
Калий, ммоль/л	4,4	3,2↓	4,4	3,5–5,3
Глюкоза, ммоль/л	6,7↑	–	5,8	3,5–5,9

Проведено обследование сердечно-сосудистой системы. ЭКГ при поступлении: низковольтная ЭКГ. Фибрилляция предсердий с ЧСС 55–70 уд./мин. Горизонтальная ЭОС. Выраженные нарушения фазы реполяризации (рисунок 1).



**Рисунок 1 – ЭКГ пациента при поступлении**

*Заключение ЭКГ при выписке:* низковольтная ЭКГ. Фибрилляция предсердий с ЧСС 60–80 уд./мин. ЭОС влево. Нарушения фазы реполяризации.

В отделении анестезиологии и реанимации была выполнена эзофагогастродуоденоскопия с эндоскопическим гемостазом. Желудок хорошо расправляется воздухом. Содержимое непрозрачное с примесью гемолизированной крови, старых сгустков в умеренном количестве. Слизистая оболочка в осмотренных отделах бледная, в антральном отделе с множественными плоскими эрозиями под фибрином и гематином. Двенадцатиперстная кишка свободно проходима. Просвет луковицы деформирован. Слизистая оболочка бледная, эластичная, в области передней, верхней и нижней стенки имеется язвенный дефект с участками фибрина, мелкими тромбированными сосудами, плотным сгустком черного цвета на верхней стенке с вялым подтеканием крови. Выполнено обкалывание краев язвы адреналином 0,182% 1,0, разведенным с физраствором (1:15), выполнено орошение аминокапроновой кислотой. Контроль гемостаза – не кровит. Слизистая оболочка залуковичного отдела бледно-розовая, чистая, эластичная. Складки пластичные. Продольная складка не увеличена, сам БДС торцевой оптикой не выводится. На стенках ДПК светлая желчь в небольшом количестве. Заключение: язва луковицы ДПК F2b. Эндоскопический гемостаз. Нестабильный гемостаз. Признаки грыжи ПОД. Эрозивно-фибринозный эзофагит. Эрозивный гастрит.

*Заключение УЗИ вен нижних конечностей:* данных за тромбофлебит и флеботромбоз на момент осмотра не выявлено. Отек ПЖК обеих голеней.

*Заключение рентгенологического исследования органов грудной клетки:* венозный застой I ст. Кардиомегалия.

*Диагноз:* основной – язвы луковицы 12-перстной кишки, осложненные кровотечением. Сопутствующий – ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. Постоянная форма ФП. Н2Б. АГ 2 ст., риск 4. СД 2 типа. Вторичный лимфостаз обеих голеней на фоне ХСН. Трофические язвы нижней трети голеней.

С целью восполнения циркулирующего объема эритроцитов в день госпитализации проведена трансфузия эритроцитов в объеме 700 мл, на следующий день еще 700 мл.

Вечером после гемотрансузии – гемоглобин 94 г/л, эритроциты –  $3,24 \times 10^{12}/л$ .

С целью коррекции дефицита факторов свертывания крови назначена инфузия СЗП 800 мл.

Гемотрансфузию перенес удовлетворительно.

План лечения согласно протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

- 22.01: глюкоза 5% – 500 мл + инсулин 8 Ед + КС1 7,5% – 20 мл + кальций глюконат 10 мл в/в кап.; пантопразол 40 мг; ранитидин 2 мл; этамзилат 4 мл; викасол 1 мл.
- 23.01: фуросемид 2 мл; аторвастатин 20 мг; спиронолактон 50 мг; рамиприл 2,5 мг.
- 24.01: ферромед 100 мг + фолиевая кислота 1 мг.
- 27.01: бисопролол 2,5 мг.

Лечение и ведение пациента продолжалось согласно листам назначений.

#### ***По консилиуму спустя неделю***

*Диагноз:* основной – язвы луковицы 12-перстной кишки, осложненные кровотечением (эндоскопический гемостаз). Эрозивно-язвенный эзофагит.

*Сопутствующий:* ИБС – атеросклеротический кардиосклероз. Постоянная форма ФП. Ишемическая кардиомиопатия. Недостаточность МК 2 ст., ТК 1 ст. Н2Б. АГ 2 ст., риск 4. Асцит. Цирроз печени смешанной этиологии (кардиальный, токсико-алиментарный), класс тяжести С по Чайлд – Пью. Ишемическая нефропатия. ХБП 3Б ст. Полифакторная анемия средней степени тяжести. СД 2 типа. Вторичный лимфостаз обеих голеней на фоне ХСН. ХВН III ст. Трофические язвы нижней трети голеней.

Лечение и ведение согласовано. Рекомендовано продолжить интенсивную терапию, клинико-лабораторный мониторинг.

Некоторая отрицательная динамика. Жалобы на общую слабость, боль в нижних конечностях.

За время госпитализации пациенту 5 раз проводилось переливание эритроцитарной массы по 2 гемакона для коррекции анемического синдрома.

Спустя 14 дней нахождения в отделении анестезиологии и реанимации пациент переведен для дальнейшей коррекции состояния в терапевтическое отделение.

В терапевтическом отделении пациент получал следующую терапию:

- 1) ферромед 100 мг + фолиевая кислота 1 мг;
- 2) юпериио 24 мг / 26 мг;
- 3) бисопролол 2,5 мг;
- 4) спиронолактон 50 мг;
- 5) торасемид 10 мг;
- 6) омепразол 20 мг;
- 7) ариксстра 2,5 мг / 0,5 мл.

*Исход:* пациент с улучшением состояния переведен для реабилитации в другой стационар.

### **Выводы**

Приведенный клинический случай представляет практический интерес по нескольким причинам:

- 1) для восполнения ОЦК у данного пациента была необходима достаточная инфузионная терапия, проведение которой было затруднено за счет наличия сердечной недостаточности класса Н2Б;
- 2) анемический синдром достаточно тяжело поддавался коррекции;
- 3) при подборе оптимальной медикаментозной терапии согласно протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь при условии контроля ЧСС на фоне фибрилляции предсердий и контроля диуреза на фоне сердечной недостаточности удалось достигнуть компенсации клинического состояния пациента.

Приведенный случай демонстрирует, что, придерживаясь протоколов диагностики и лечения Министерства здравоохранения Республики Беларусь, можно достичь достаточно хороших результатов в компенсации тяжелой сердечной недостаточности у пациентов с коморбидной патологией.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Земляной, А. Г.* Острые желудочно-кишечные кровотечения. Неотложная гастроэнтерология / А. Г. Земляной. – М. : Медицина, 1988. – С. 66–70.
2. *Линник, С. А.* Вариабельность сердечного ритма у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / С. А. Линник, Е. Н. Наурбиева, Е. П. Пономарева // Клиническая медицина. – 2006. – № 1. – С. 31.
3. *Василенко, В. Х.* Язвенная болезнь / В. Х. Василенко. – М. : Медицина, 1987. – С. 49–90.
4. *Гребенев, А. Л.* Сочетание язвенной болезни и симптоматических гастродуоденальных язв с другими заболеваниями / А. Л. Гребенев. – М. : Медицина, 1987. – С. 181–182.
5. *Гребенев, А. Л.* Сочетание язвенной болезни и симптоматических язв с ишемической болезнью сердца / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. – М. : Медицина, 1987. – С. 198–203.