

Клиническая задача для самоконтроля. Подозрение на желудочное кровотечение

Л.И. Дворецкий✉

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия
✉dvoretski@mail.ru

Для цитирования: Дворецкий Л.И. Клиническая задача для самоконтроля. Подозрение на желудочное кровотечение. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (1): 73–74. DOI: 10.47407/kr2023.4.1.00196

Clinical case for self-monitoring. Suspected stomach hemorrhage

Leonid I. Dvoretzky✉

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia
✉dvoretski@mail.ru

For citation: Dvoretzky L.I. Clinical case for self-monitoring. Suspected stomach hemorrhage. Clinical review for general practice. 2023; 4 (1): 73–74. DOI: 10.47407/kr2023.4.1.00196

Сорокалетняя женщина доставлена в стационар после «обморочного состояния» в магазине с подозрением на желудочное кровотечение.

По данным анамнеза, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (последнее обострение 2 года назад). В течение нескольких лет отмечает носовые кровотечения, возникающие спонтанно или при незначительных механических воздействиях. В последние несколько месяцев кровотечения участились, в связи с чем однажды была госпитализирована в ЛОР-отделение.

Объединительно: состояние средней тяжести. Бледность кожных покровов и слизистых. На коже губ и языка участки расширенных капилляров (рис. 1). Частота дыхания – 20/мин. В легких дыхание везикулярное, без хрипов. Частота сердечных сокращений – 88 уд/мин, артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные. Язык влажный с участками расширенных капилляров. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Пальпация по ходу толстого кишечника безболезненная. При ректальном исследовании на перчатке кал черного цвета.

Анализ крови: Hb – 80 г/л. Эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л. Лейкоциты – 8×10^9 /л, формула без особенностей. Тромбоциты – 450×10^9 /л. Ретикулоциты – 15%. В мазке – микроцитоз и гипохромия эритроцитов. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Эзофагогастроскопия: рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Осмотр ЛОР-врача: участки расширенных капилляров на слизистой носовых раковин. Терапевт, хирург, ЛОР-врач обсуждают тактику ведения

Внешний вид губ и языка.
External view of lips and tongue.



больной, в частности вопроса о причине анемии и показаниях к трансфузии эритроцитов.

Какое утверждение правильно?

А. Черный цвет кала на перчатке и положительная реакция на скрытую кровь свидетельствуют о кровотечении из желудочно-кишечного тракта.

Б. Клинико-гематологическая картина свидетельствует об острой кровопотере.

В. Для уточнения источника кровопотери требуется проведение колоноскопии.

Г. Наследственная геморрагическая телеангиэктазия.

Д. Больной показаны трансфузии эритроцитов.

Верный ответ на с. 74.

Ответ на клиническую задачу «Подозрение на желудочное кровотечение»

Correct answer on clinical case "Suspected stomach hemorrhage"

Верный ответ: Г. Наследственная геморрагическая телеангиэктазия.

Обсуждение

Обморочное состояние больной с «язвенным анамнезом» позволяет обоснованно заподозрить желудочное кровотечение и госпитализировать больную. Выявленная анемия и наличие на перчатке черного кала, казалось бы, подтверждали данное предположение, в связи с чем была проведена эзофагогастроскопия, при которой признаков обострения язвенной болезни и кровотечения не обнаружено. Вместе с тем обращает внимание при выраженности анемии отсутствие гемодинамических нарушений, что не характерно для развития предполагавшейся вначале острой кровопотери. По данным исследования крови, анемия носит гипохромный характер (гипохромия эритроцитов, микроцитоз, низкий цветовой показатель), а количество ретикулоцитов находится в пределах нормы, что свидетельствует против острой, а скорее о наличии хронической кровопотери. Если учесть указания на частые носовые кровотечения и наличие на слизистых, в том числе и на слизистой носа, телеангиэктазий, то правомерно считать, что у больной имеется наследственная геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю–Ослера), осложненная гипохромной железодефицитной анемией. Вероятно, что при возникновении обильных носовых кровотечений часть крови попадает в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) и может окрашивать кал в черный цвет, создавая впечатление кровопотери из желудка. Больной показано лечение препаратами железа внутрь с хорошей биодоступностью (Сорбифер Дурулес), эффективность которых по темпам прироста гемоглобина не уступает парентеральным препаратам железа. Показаний к гемотрансфузиям в данной ситуации нет.

Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю–Ослера–Вебера – заболевание, наследующееся по аутосомно-доминантному типу и характеризующееся трансформацией мелких сосудов в множе-

ственные телеангиэктазии на коже, слизистых и серозных оболочках, артериовенозные шунты и аневризмы во внутренних органах, что проявляется кровоточивостью. Частота заболевания в популяции – от 1:3500 до 1:100 000.

В результате генетически обусловленного дефекта соединений и дегенерации эндотелия и соединительнотканых структур происходит дилатация капилляров, посткапиллярных венул с формированием телеангиэктазий, артериовенозных шунтов и аневризм. Указанные патологические процессы лежат в основе нарушений в тромбоцитарно-сосудистом звене гемостаза.

Наследственная геморрагическая телеангиэктазия нередко сочетается с другими наследственными аномалиями соединительнотканых структур (гипермобильность суставов, повышенная растяжимость кожи, пролапс митрального клапана). Основным симптомом заболевания являются частые, спонтанные, усиливающиеся с возрастом кровотечения из патологически измененных сосудов (преимущественно носовые, реже кровотечения из ЖКТ, мочевыводящих путей, кровоизлияния в мозг). При наличии артериовенозных шунтов в легких отмечаются кровохарканья, одышка с развитием гипоксемии, полицитемии, легочной гипертензии.

Диагноз наследственной геморрагической телеангиэктазии может быть установлен клинически на основании любых трех из нижеприведенных критериев:

- множественные телеангиэктазии на характерных участках (губы, ротовая полость, нос, ушные раковины);
- наличие телеангиэктазий в ЖКТ, респираторном тракте (с кровотечениями или без), артериовенозные шунты в легких, печени, головном мозге и позвоночнике;
- семейные случаи заболевания.

При наличии трех или четырех признаков диагноз считается как «определенный», при наличии двух признаков – как «возможный».

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Дворецкий Леонид Иванович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102
Leonid I. Dvoretzky – D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Поступила в редакцию / Received: 11.01.2023

Поступила после рецензирования / Revised: 19.01.2023

Принята к публикации / Accepted: 02.02.2023