



ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса

**Демонстрация клинического случая
синдрома Мэллори-Вейса у пациентки с
НПВП-индуцированным поражением
верхних отделов ЖКТ
Пациентка П, 79 лет**

Представляет: ординатор 1 года по специальности
гастроэнтерология Адамова Д. В.

Куратор: к.м.н. , доцент кафедры Белоусова Лия
Николаевна

Лечащий врач: Филимонова Юлия Александровна

***Всероссийская научно-практическая
конференция с международным участием
«Осенняя школа кислото-зависимых
заболеваний 09.11.2022»***

Пациентка П, 79 лет

Госпитализация в ГМПБ №2, 26.10.2022



Жалобы:

- ❖ Рвота «кофейной гущей» до 4-х раз в течение суток, приносящая облегчение;
- ❖ Ухудшение аппетита;
- ❖ Отсутствие стула в течение 3х дней;
- ❖ Потеря массы тела до 10 кг за 4 месяца;
- ❖ Общая слабость.

Anamnesis morbi:

В течение последних нескольких лет ежедневно принимает тромбо асс 100 мг 1 р/сут и при снятии болевого синдрома в пояснично-крестцовом отделе позвоночника диклофенак 100 мг 1 р/сут. Считает себя больной с апреля 2021г, когда впервые стала отмечать тошноту и изжогу, ноющую боль в подложечной области. Обратилась на консультацию к гастроэнтерологу, который назначил ЭГДС: недостаточность кардии, эндоскопические признаки скользящей грыжи ПОД, поверхностный очаговый проксимальный дуоденит, экспресс-тест на H. Pylori – положительный. Была проведена эрадикационная терапии 1 линии с положительным эффектом и назначен омепразол 40 мг. С 20.10.2022 стала отмечать ухудшения самочувствия: появилась головная боль, тошнота и рвота «кофейной гущей». Была вызвана бригада СМП; госпитализирована в ГМПБ №2.

Наследственный анамнез: по материнской линии - язвенная болезнь желудка и ДПК.

Факторы риска развития желудочно-кишечных кровотечений: Нр-инфекция, приём НПВП и антиагрегантов.

Пациентка П, 79 лет

Результаты инструментальных методов исследования

ЭГДС от 26.10.2022

Пищевод свободно проходим, слизистая оболочка его бледно-розовая, гладкая, стенки эластичные. Вены не расширены. Кардиальный жом неплотно смыкается на расстоянии 35 см от резцов. В области кардиоэзофагеального перехода определяются единичные линейные разрывы слизистой до 1.5 см, диффузно кровоточат. Слизистая оболочка в теле желудка розовая, гладкая, блестящая, собирательные вены чётко визуализируются. Слизистая оболочка в антральном отделе гладкая, гиперемированная, блестящая. В антральном отделе, вблизи привратника, в проекции передней стенки, определяется язвенный дефект размерами 1*0.8 см под фибрином, края ровные, неотёчные.

Заключение: синдром Мэллори-Вейса. Острая язва антрального отдела желудка в стадии эпителизации.



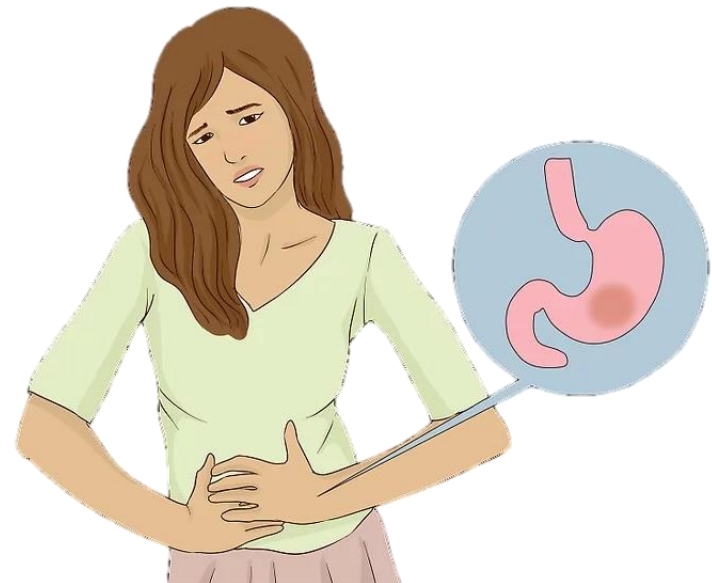
Пациентка П, 79 лет

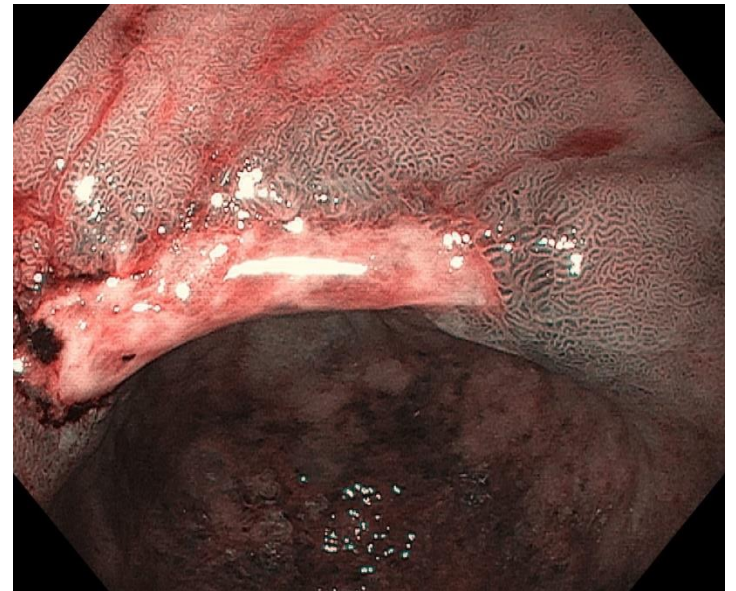
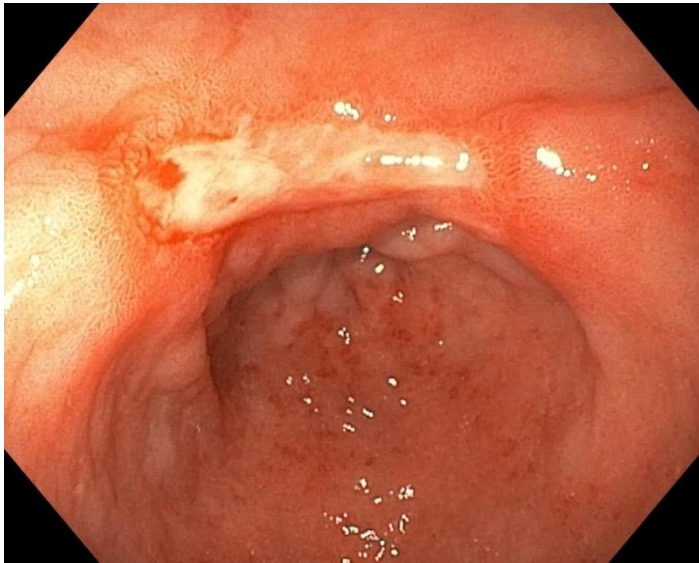
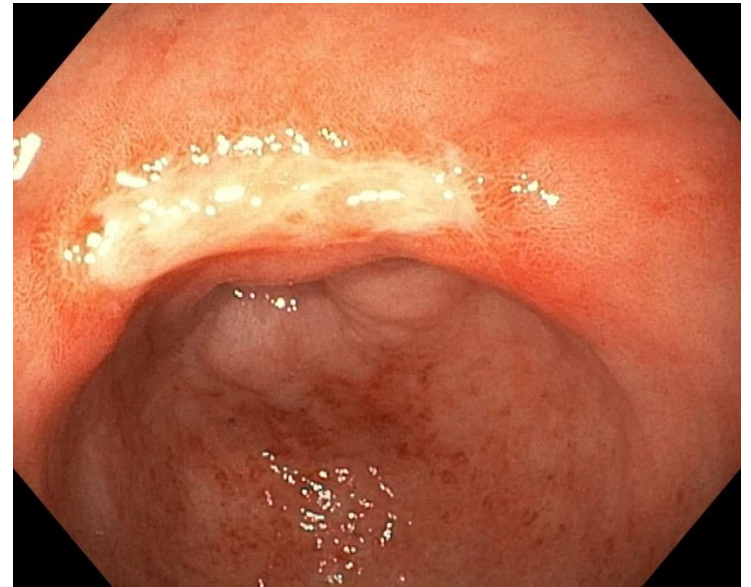
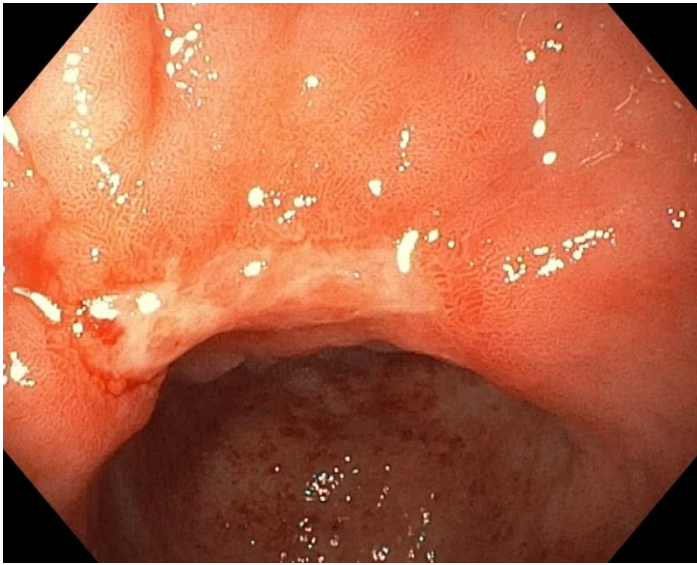
Окончательный диагноз

Основной диагноз: НПВП-индуцированное поражение пищевода и желудка: синдром Мэллори-Вейса от 26.10.2022, острая язва антрального отдела желудка.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь, 3 ст неконтролируемая, риск ССО 4. ИБС, стенокардия напряжения 2 ФК. ХСН 2а ст, 2 ФК по NYHA. Хронический гастродуоденит, Нр-ассоциированный, эрадикация 1 линии в 2021г.

Дивертикулы ободочной и сигмовидной кишки. Полипы ободочной кишки, эндоскопическая полипэктомия от 28.04.2021г. ДДЗП. Распространённый остеохондроз. Сенильный остеопороз.





Пациентка П, 79 лет

НПВП-ассоциированная язва антрального отдела желудка

Из личного архива врача-эндоскописта Алиева Э. И.

Пациентка П, 79 лет

План лечения и основные рекомендации



Лечение, проводимое в стационаре:

Инфузионная терапия: гелофузил, ацисоль, аспарагинат калия и магния, гипертонический р-р NaCl, в/в капельно транексам, в/в капельно ИПП (омепразол), дополнительное энтеральное питание.

Рекомендации:

ЭГДС+ биопсия через 10 дней с последующей консультацией гастроэнтеролога.

Медикаментозная терапия: ребагит 100 мг по 1 таб 3 р/сут 4 недели, рабепразол 20 мг 1 таб 1 р/сут 8 недель под наблюдением гастроэнтеролога и ЭГДС контроля.

