

ДВА СЛУЧАЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Водоевич В.П., Жмакина Е.А., Кобринский В.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно»

УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

Первый случай. Больная А., 77 лет (история болезни № 1421), доставлена 14.02.11 г. в 4 ГКБ (дежурная больница по хирургии) машиной скорой помощи с диагнозом – острая кишечная непроходимость. При поступлении жаловалась на боли по всему животу, вздутие живота и отсутствие стула в течение 5 дней. В приемном покое была осмотрена хирургом, но данных за острую кишечную непроходимость не выявлено. Со стороны общего анализа крови отмечался сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анемия легкой степени и увеличение СОЭ: эритроциты $3,69 \times 10^{12}/л$, Hb – 117,5 г/л, лейкоциты – $3,7 \times 10^9/л$, п-1, с-85, л-13, м-1, СОЭ-24 мм/час. В общем анализе мочи обнаружено 0,05 г/л белка и лейкоциты – 30-35 в п/зр. Но содержание мочевины и креатинина в крови было нормальным.

Больная была госпитализирована в терапевтическое отделение с диагнозом хронического колита с синдромом привычных запоров. При осмотре отмечалось резкое истощение больной – кахексия. При росте 169 см вес был 42 кг. Потеря веса произошла за последние 2 года – больная постепенно теряла аппетит и совсем стала мало употреблять пищи, из-за чего и начались запоры. Такое резкое похудание заставляло думать об исключении онкопатологии. Были произведены гастрофиброскопия, ирригоскопия, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ внутренних органов, где явных органических изменений не найдено.

Вопрос прояснился при дополнительном сборе анамнеза заболевания и амбулаторно проводимого лечения. Первичный сбор анамнеза был несколько затруднен, т.к. отмечались со стороны психики астения, снижение мыслительной активности,

заторможенность. Больная страдает паркинсонизмом (помимо ИБС, АГ, хр. пиелонефрита) и последние 2 года принимает наком по ½ табл. через каждые 2 часа, кроме ночного времени. Причем, объективно явных проявлений паркинсонизма не было видно, т.е. тремора рук, ног и других частей тела, что заставило бы лечащего врача спросить об этом заболевании. В справочнике ВИДАЛЬ «Лекарственные препараты в Беларуси» за 2007 год и на вкладыше в упаковке фармакологического средства указывается, что одним из осложнений накома как раз и являются анорексия и запоры. Изменения со стороны психики больной также объяснимы побочным действием накома. Максимально рекомендуемая доза составляет 8 таблеток в день при массе тела 70 кг. Наша больная принимала 5 таблеток при значительно меньшей массе тела.

Данной больной была уменьшена доза накома и назначен препарат прамипексол, который меньше дает побочных проявлений со стороны ЖКТ. По данным участкового терапевта, у больной стал появляться аппетит и она стала прибавлять в весе.

Второй случай. Больная Н., 53 лет, вахтер (ист. болезни № 5342), поступила в гастроэнтерологическое отделение ГКБ № 2 01.06.12 г. по направлению инфекционной клинической больницы г. Гродно с диагнозом: хр. панкреатит в стадии обострения, заболевание кишечника? Данных за инфекционное заболевание не имеется.

При поступлении жаловалась на частые, профузные поносы, сопровождающиеся выделением с калом неперевааримой пищи (кусочки огурца, морковки) и болями в животе. Начало поносов постепенное, около полгода назад. За этот период похудела на 30 кг, хотя аппетит был хороший. Больная курит, злоупотребляет алкоголем. 2 месяца назад по скорой помощи была госпитализирована в ГОКБ с подозрением на острый живот, но диагноз не подтвердился.

Объективно: Состояние больной удовлетворительное. Пониженного питания, рост 160 см, вес – 45 кг. В легких – дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС в 1 мин. – 110. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, незначительно болезненный по ходу толстого кишечника. Печень, селезенка не увеличены.

ОАК: гемоглобин – 98 г/л, эритроц. – $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,7 \times 10^9$ /л, П. – 15, С. – 40, Л. – 40, М. – 4, СОЭ – 2 мм/час. ОАМ: белок – 0,04 г/л, Эр. – 2-3 в п/зр., Лейк. – до 10 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 53 г/л, альбумины – 31 г/л; содержание билирубина, трансаминаз, α – амилазы, щелочной фосфатазы, мочевины, креатинина в пределах нормы. Сывороточное железо – 8,9 ммоль/л, это нижняя граница нормы.

Учитывая резкую потерю веса, низкий белок в крови, анемию, обследование больной было направлено на исключение онкопатологии. Гастрофиброскопия: заключение – атрофия слизистой желудка, гиперематозная гиперпластическая гастропатия, кандидоз пищевода (подтверждено микроскопически и гистологически – в кусочках слизистой из в/з тела желудка – умеренно выраженный активный гастрит).

Колоноскопия: Колоноскоп введен до купола слепой кишки. Слизистая толстой кишки гиперемирована в левых отделах. В ампуле прямой кишки слизистая циркулярно инфильтрирована, тусклая, с наложением фибрина. Заключение: эрозивная проктопатия. Заболевание ампулы прямой кишки? Гиперематозная колопатия. Микроскопически: в мазках из прямой кишки – эритроциты, элементы воспаления, встречаются пласты призматического эпителия без признаков атипии. Гистологически: в кусочках слизистой из прямой кишки определяются хроническое воспаление и эрозии с некротическими массами.

УЗИ органов брюшной полости – норма, только определяется дискинезия желчевыводящих путей.

МСРТ-исследование брюшной полости и малого таза. Печень – с ровными, четкими контурами, однородной структуры, обычной плотности, без убедительных данных за очаговое поражение. Желчный пузырь, селезенка – без особенностей. Поджелудочная железа не увеличена, структура паренхимы однородная, плотность не изменена. Панкреатический проток без признаков обструкции. Надпочечники обычной формы и размеров. Почки равновелики, паренхима однородная, чашечно-лоханочная система обеих почек не расширена, справа в среднем сегменте конкремент 3 мм. Мочевой пузырь обычной плотности, стенки равномерной толщины. Матка обычной формы,

однородной структуры. Придатки не визуализируются. Шейка матки без особенностей. Имеется тотальное утолщение стенок толстой кишки, слизистая на большом участке гиперденсивно подчеркнутая, что не исключает вероятность геморрагий. Увеличенные лимфоузлы на уровне исследования не определяются.

Следовательно, проведенное лабораторно-инструментальное исследование почти на 100% исключало онкопатологию. Больной был поставлен диагноз неспецифического язвенного колита (хотя типичной клиники не было) и назначен в/венно капельно преднизолон 60 мг. Наступило некоторое улучшение, т.е. уменьшился понос, т.к. назначаемые до этого такие препараты, как лоперамид, панкреатин, флюконазол, сульфасалазин – эффекта не давали.

Диагноз медикаментозного тиреотоксикоза у больной был выставлен в день выписки из стационара. Больная стала упаковывать свои вещи, лекарства, которые принесла из дому, и на тумбочке нами были обнаружены таблетки эутирокса по 125 мг. Как выяснилось, более года назад больная обратилась к эндокринологу с жалобами на увеличение массы тела (ожирение II ст.), сонливость, апатию и т.д. При исследовании содержания гормонов щитовидной железы в крови был выявлен гипотиреоз, поэтому была назначена 1 табл. (125 мг) эутирокса. Больная регулярно принимала его, но уровень гормонов не проверяла, не ходила и к врачу-эндокринологу, а только к его медсестре для выписки рецепта на эутирокс. Целенаправленный осмотр больной выявил все признаки тиреотоксикоза: больная суетлива, раздражительна, отмечаются блеск глаз, умеренное пучеглазие, мелкий тремор пальцев вытянутых рук, положительные глазные симптомы – Грефе, Мебиуса. Щитовидная железа диффузно увеличена до II ст. Постоянно держится тахикардия и аускультативно, и по ЭКГ – не менее 100 ударов в минуту, чего ранее не наблюдалось. Усилен I тон сердца.

Но больше проявления медикаментозного тиреотоксикоза сказались на ЖКТ. Профузные поносы, разлитые боли в животе А.Н.Окороков [1] рассматривает как тиреотоксический криз. В результате этого – снижение общего белка (нарушение всасывания) и гемоглобина в крови. Дальнейший прием

эутирокса мог привести к тиреотоксической коме. Временный эффект, т.е. некоторое улучшение состояния, дало внутривенное введение преднизолона. Это объясняется тем, что при тиреотоксикозе происходит катаболизм глюкокортикоидных гормонов и возникает надпочечниковая недостаточность [1].

После отмены эутирокса сразу же прекратились поносы, исчезли боли в животе, нормализовалось ЧСС. За месяц больная прибавила в весе на 5 кг.

Данные случаи описаны потому, что в системе поликлинической помощи населению имеется слабое звено – страдает согласованное назначение лекарственных средств больному участковым терапевтом и узкими специалистами. Участковому терапевту необходимо анализировать побочное действие лекарств, назначаемых больному узкими специалистами. При направлении больного на стационарное лечение необходимо передавать и амбулаторную карточку, что позволит лечащему врачу узнать больше сведений о сопутствующих заболеваниях и их лечении. В итоге исчезнет необходимость в проведении не вполне безвредных (рентгенодиагностика) и излишних исследований, чтобы установить причину заболевания. На практике чаще сам больной, скрупулезно изучив инструкцию по применению, знает о побочном действии лекарств, их передозировке. В то же время ознакомление с инструкцией самим больным не всегда оправдано, так как могут появляться «надуманные» жалобы, то есть срабатывает фактор самовнушения.

Литература

1. Околоков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний / А.Н.Околоков – М.: Медицина, 2001. – 576 с.