

БОЛЕЗНЬ ДЬЕЛАФУА

Гонцов А.И., Виас Деванги, Кизюкевич О.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доцент Могилевец Э.В.*

Актуальность. Болезнь, или язва Дьелафуа (ЯД) – это изолированное расширение (аневризма) артериовенозных соустьей подслизистой оболочки, чаще всего желудка, реже тонкого или толстого кишечника и других локализаций.

Цель исследования. Анализ результатов редкого клинического случая рецидивирующего профузного кровотечения из 12-п. к-ки, обусловленного ЯД.

Материалы и методы. Пациент М., 30 лет, госпитализирован по поводу гангренозного аппендицита в ЦРБ, где 26.08.2017 выполнена аппендэктомия; проводилось дренирование абсцесса в правой подвздошной области. На 18 сутки появился обильный дегтеобразный стул, отмечено снижение уровня Нв (71 г/л), эритроцитов ($2,49 \times 10^{12}/л$). На ФГДС: в препилорическом отделе желудка по малой кривизне плоский сгусток крови; после отмывания предположительный источник кровотечения – «плоская язва» – клипирована. 13-14.09.2017 продолжалось падение уровня Нв и эритроцитов. На повторной ФГДС: ранее обнаруженная «язва» в препилорическом отделе желудка с клипсами без признаков кровотечения; в 12-п. кишке на 1 см выше уровня Фатерова сосочка по задней латеральной стенке кишки выявлен дефект в слизистой диаметром 2-3 мм с активным артериальным струйным кровотечением из него. Попытка эндоскопического гемостаза клипированием – безуспешна. Произведена лапаротомия, прошивание язвы препилорического отдела желудка, пилоропластика по Гейнеке-Микуличу.

Результаты. Консилиумом с участием главного внештатного эндоскописта МЗРБ выставлен диагноз: болезнь Дьелафуа 12-п. к-ки (артериовенозная мальформация). В дальнейшем кровотечение рецидивировало, были выполнены следующие оперативные вмешательства: прошивание источника кровотечения и перевязка гастродуоденальной артерии (операция Вейнберга); ликвидация ранней спаечной кишечной непроходимости, эвакуация гематомы до 900мл; гастроэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну, экономная резекция антрального отдела желудка, дуоденостомия, холецистостомия, лапаростомия по поводу несостоятельности дуоденальных швов, выполнялись этапные перевязки под наркозом и закрытие лапаростомы. 03.10.17 пациент переведен в 10 ГКБ г.Минска, откуда выписан после консервативной терапии 12.01.18 в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. На амбулаторном этапе рецидивов кровотечений отмечено не было.

Выводы. Описанный клинический случай редкой локализации ЯД демонстрирует сложность выбора тактики лечения и возможность серьезных осложнений при остановке такого рода кровотечения.

ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Гончар Я.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доцент Якубова Л.В.*

Актуальность. Наличие перелома в анамнезе, произошедшего при минимальной травме, – наиболее значимый фактор риска (ФР) остеопороза (ОП) и повторных переломов, имеющий даже большее значение, чем минеральная плотность костной ткани, оцениваемая по денситометрии [1].

Цель. Оценить частоту встречаемости известных ФР ОП у женщин с низкотравматическими переломами лучевой кости.

Материалы и методы исследования. Нами было опрошено 12 женщин в возрасте от 47 до 63 лет, находящихся на листке нетрудоспособности в связи с низкотравматическим переломом лучевой кости у травматолога городской поликлиники №6 г.Гродно. Опрос по ФР ОП проводился минутным международным (IOF) тестом оценки риска ОП. Выполнялся анализ данных из амбулаторных карт, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ).

Результаты. ИМТ составил в среднем $25,7[24,1; 27,3]$ кг/м², с ожирением были 16,7%, с избытком массы тела – 41,7%. Среди опрошенных женщин никто не принимал глюкокортикостероиды, не имел заболеваний, приводящих к вторичному ОП. Ни ранней (до 45 лет), ни хирургической менопаузы, ни патологического климакса не было ни у одной из опрошенных женщин. Такие ФР ОП, как злоупотребление алкоголем, гиподинамия, низкая масса тела - не встречались в группе обследованных женщин. Нами была установлена следующая частота встречаемости оцениваемых ФР при ответах на вопросы анкеты: 1. Ваши родители имели перелом при падении с высоты собственного роста или диагностированный ОП? – 25 %; 2. Кто-то из ваших родителей имел нарушение осанки, типа «вдовий горб»? – 0%; 3. Вы падаете более 1 раз в год? Есть ли у вас страх падений? - 8,3%; 4. После 40 лет ваш рост уменьшился по сравнению с ростом в молодом возрасте? – 83,3%; 5. Вы курите или курили когда-нибудь? – 33,3%; 6. Избегаете ли вы молочных продуктов или у вас на них аллергия, при этом дополнительно не принимаете препараты кальция? – 8,3%; 7. Вы бываете на свежем воздухе менее 10 минут/день с открытыми участками кожи для воздействия солнца и дополнительно не принимаете