

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВРВП

Плаченова Т.С.¹, Халявина В.А.², Зибяев С.О.³, Стяжкина С.Н.⁴

¹Плаченова Татьяна Сергеевна - студент;

²Халявина Влада Александровна – студент;

³Зибяев Сергей Олегович – студент,
лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия;

⁴Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор, врач-хирург,

Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, г. Ижевск

Аннотация: в статье рассматривается случай комплексного лечения пациента с диагнозом: «Цирроз печени токсической этиологии. Синдром портальной гипертензии, асцит. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода». Описываются план лечения и использование новых актуальных препаратов.

Ключевые слова: клинический случай, кровотечение из ВРВП, октреотид.

Кровотечение из вен пищевода является опасным и во многих случаях жизнеугрожающим осложнением различных заболеваний. Причиной данного осложнения в основном служат два серьезных заболевания: варикозно-расширенные вены пищевода (далее - ВРВП) и повреждение стенки пищевода при синдроме Мэллори-Вейса. Более подробно мы остановимся на ВРВП, так как данная патология стоит на первом месте по встречаемости среди двух перечисленных. Наиболее частым предрасполагающим фактором в обоих случаях является хронический алкоголизм. Алкогольный рынок в России занимает лидирующие позиции среди других рынков продовольственных товаров и по продажам, и по темпам развития. Россия занимает уже 4 место среди стран мира по уровню употребления алкоголя, что ведет к увеличению показателей алкогольного цирроза печени. Именно поэтому данная проблема является очень актуальной.

Целью нашего наблюдения явился анализ эффективности комплексного лечения кровотечений из ВРВП и его результатов в хирургическом отделении 1 Республиканской больницы г. Ижевска.

Нашими задачами являлись:

- 1) Анализ истории болезни пациента с диагнозом: «Цирроз печени. Кровотечение из ВРВП».
- 2) Изучение методов лечения.
- 3) Обоснование результатов лечения.

Флебэктазия, или варикозное расширение вен пищевода - это патология эзофагеальных вен, характеризующаяся их извитостью и мешотчатым расширением за счет формирования флебэкктазов.

Этиология и патогенез. Наиболее часто причина варикоза пищевода связана с повышением давления в системе портальной вены, что происходит в связи с заболеваниями печени (цирроз, хронический гепатит, опухоли, туберкулез, эхинококкоз и др.).

Портальная гипертензия и варикозные поражения пищевода обусловлены внутрпеченочной блокадой. Выраженное изменение морфологического строения печени вызывает перестройку ее ангиоархитектоники, что приводит к повышению сопротивления оттоку крови из воротной вены и повышению давления в ее системе, из-за чего начинают функционировать естественные портокавальные анастомозы. При затрудненном оттоке, вены пищевода, имеющие слабую опору в виде рыхлого подслизистого слоя, начинают расширяться, извиваться и удлиниться, образуя узлы - вариксы. Чаще всего они локализуются в дистальных сегментах пищевода (в отличие от вариксов при сердечно-сосудистой патологии, располагающихся равномерно на всем протяжении органа). Если в норме портальное давление колеблется в пределах 5 -14 см вод. ст., то при варикозе пищевода давление обычно превышает норму в 2 - 4 раза. Давление 25 - 27 см вод. ст. является критическим, поэтому выше этих цифр во всех случаях развиваются флебэкктазии пищевода с реальной угрозой разрыва.

Клинические проявления. Первым симптомом болезни зачастую бывает кровотечение из вариксов пищевода. В виду того, что вены располагаются близко к слизистой оболочке, она также становится рыхлой, легко повреждается твердой пищей и воспаляется, что в ряде случаев способствует развитию эзофагита. При этом пациента может беспокоить чувство жжения, изжога и отрыжка кислым, затруднения при глотании плотной пищи.

В зависимости от величины давления в эзофагеальных венах можно выделить незначительное и массивное кровотечения из ВРВП. В зависимости от вида клиника, в небольшой степени, различается.

Незначительные кровотечения чаще всего возникают после физической нагрузки, переедания и во сне из-за колебаний системного давления. Постоянные незначительные кровопотери могут не проявляться выраженной симптоматикой, но приводить к истощению и железодефицитной анемии. Такие

кровотечения сопровождаются тошнотой, рвотой с прожилками крови, меленой, слабостью, головокружением, снижением веса, жаждой и сухостью во рту, холодным липким потом [2]. Артериальное же давление может оставаться без изменений либо незначительно понижаться.

Если же кровотечение массивное, а оно встречается примерно у 60% больных и приводит к значительному ухудшению состояния или смерти, то у пациента возникает обильная кровавая рвота, сильная слабость, потливость, головокружение, возможна кратковременная потеря сознания, артериальное давление понижается одновременно с повышением частоты сердечных сокращений. Падение артериального давления указывает на наличие значительной кровопотери и требует немедленного восполнения объема циркулирующей крови.

Клиническое наблюдение.

Нами рассмотрен клинический случай больного N. в хирургическом отделении 1 Республиканской больницы г. Ижевска.

Это мужчина 45 лет, неработающий, поступил экстренно с бригадой скорой медицинской помощи (СМП), был госпитализирован в хирургическое отделение 1 РКБ с диагнозом: «Цирроз печени токсической этиологии. Синдром портальной гипертензии, асцит. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода».

Больной предъявлял жалобы на рвоту кровью три раза, ощущение вздутия живота, отрыжку воздухом, а также головокружение, головную боль и сильную слабость.

История настоящего заболевания: из анамнеза установлено, что в 2012 году был поставлен диагноз: «Цирроз печени токсической этиологии, синдром портальной гипертензии, варикозно-расширенные вены пищевода II степени». Настоящее состояние связано с кровотечением из ВРВП и сильным ухудшением самочувствия, которые появились утром, вечером пациент вызвал бригаду СМП и был госпитализирован.

На момент осмотра: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные, наблюдаются сосудистые звездочки в области груди и передней брюшной стенки. Дыхание самостоятельное, ЧДД - 20 в мин, при аускультации патологических дыхательных шумов не выслушивается. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный, АД - 105/55 мм рт. ст., ЧСС - 94 в мин. Живот увеличен в объеме вследствие асцита. На передней брюшной стенке отмечается «голова медузы». Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край печени плотный, закругленный, гладкий. При пальпации болезненность в правом подреберье. Мочевыделение самостоятельное, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Результаты лабораторно - инструментального исследования:

Анализ крови показан в таблице 1. (представлены диагностически важные показатели):

Таблица 1. Показатели анализа крови

Показатель	Значения
Эритроциты	$2,5 \times 10^{12}/л$
Гемоглобин	91 г/л
Гематокрит	21%
Тромбоциты	$120 \times 10^9/л$
Протромбиновое время	31 с
Фибриноген	1,67 г/л
Общий билирубин	65,5 мкмоль/л
прямой билирубин	40,5 мкмоль/л
непрямой билирубин	23 мкмоль/л
АсАТ	215 МЕ/л
АлАТ	68 МЕ/л
альбумин	21 г/л

По данным эзофагогастродуоденоскопии - ВРВП II степени, сопровождающееся кровотечением.

В связи с основными задачами лечения:

- Остановка кровотечения
- Возмещение кровопотери
- Лечение коагулопатии [3]
- Предотвращение рецидивов кровотечения
- Предотвращение ухудшения функции печени и осложнений, обусловленных кровотечениями (инфекции, печеночная энцефалопатия и т.д.) [1].

Было проведено следующее лечение:

Интенсивная терапия в отделении реанимации включала в себя катетеризацию подключичной вены, переливание кристаллоидных растворов (раствор Рингера 500 мл, 0,9% раствор NaCl 500 мл),

свежезамороженной плазмы и альбумина (10%, 100 мл) для восполнения ОЦК (800 мл) и эритроцитарной массы для поддержания уровня гемоглобина (500 мл).

На четвертые сутки от момента госпитализации на фоне проводимой интенсивной терапии клиническое течение заболевания улучшилось, и вскоре больной был переведён в хирургическое отделение.

Консервативная терапия включала в себя следующие препараты:

1. Вазоконстрикторы:
Октреотид в дозе 100 мкг 2 раза в день в течение 17 дней.
2. Ингибиторы фибринолиза:
 - Гордокс 100000 КИЕ + 0,9% раствор NaCl 250 мл в течение 13 дней.
 - Транексамовая кислота 1 г + 0,9% раствор NaCl 250 мл, 2 раза в день, в течение 9 дней.
3. Коагулянты (в т.ч. факторы свертывания крови), гемостатики:
 - Этамзилат 4,0 мл + 0,9% раствор NaCl 500 мл в течение 10 дней.
 - Викасол 3,0 мл + 0,9% раствор NaCl 250 мл в течение 12 дней.
4. Глюкокортикостероиды:
 - Дексаметазон 8 мг (1 мл) внутривенно струйно, 1 раз в день, в течение 2 дней.
 - Медопред 30 мг (1мл) один день.
5. Диуретики:
 - Лазикс 2 мл внутривенно струйно, после капельницы в течение 18 дней.
 - Верошпирон по 1 таблетке утром в течение 7 дней.
 - Фуросемид 2 мл внутривенно струйно, после капельницы в течение 9 дней.
6. Дезинтоксикационные средства:
 - Реамберин 500 мл внутривенно капельно в течение 10 дней.
 - Раствор Рингера 500 мл внутривенно капельно в течение 6 дней.
7. Препараты для борьбы с возможными осложнениями:
 - Блокатор гистаминовых H₂-рецепторов Квамател 5,0 мл + 0,9% раствор NaCl 500 мл в течение 10 дней.
 - Противоязвенный препарат с антисекреторной активностью Даларгин 4 мл + 0,9% раствор NaCl 500 мл в течение 8 дней.
 - Ингибитор протонной помпы Нексиум 40 мг внутривенно в течение 18 дней.
 - Гепатопротектор Гептор 5 мл внутривенно в течение 18 дней.
 - Кальция глюконат 10% - 10 мл + 0,9% раствор NaCl 100 мл в течение 18 дней.
 - Полиферментные препарат Микразим по 1 капсуле 3 раза в день, в течение 18 дней.
8. Антибактериальная терапия:
 - Цефепим 2г внутривенно.
 - Лефовлоксацин 500 мг внутривенно.
 - Имипенем 1 г внутривенно.

На 24-е сутки больной был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

В представленном клиническом наблюдении лечение больного проводилось в условиях отделения реанимации и хирургического отделения. Ему проводилась интенсивная консервативная терапия, включающая инфузионно-трансфузионную и гемостатическую терапию. Дополнительно осуществлялась профилактика осложнений и внебольничной инфекции.

В целом, данное клиническое наблюдение демонстрирует, что рациональное сочетание методик позволяет улучшить лечение больных циррозом печени, осложненных кровотечением из ВРВП, и повысить их выживаемость.

Список литературы

1. *Ерамишанцев А.К., Киценко Е.А., Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б.* Кровотечения из ВРВ пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика (лекция) // *Анналы хирургической гепатологии*, 2006. Том. XI. № 2. С. 105-111.
2. *Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.В.* «Основы семиотики заболеваний внутренних органов».
3. *Пасечник И.Н., Кутепов Д.Е.* Печеночная недостаточность: современные методы лечения. М.: ООО «МИА», 2009. 240 с.
4. *Шерлок Ш., Дули Дж.* Заболевания печени и желчевыводящих путей. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2002. 864 с.
5. *Молчанов Н.Н.* // *Вестник хирургии*, 1987. С. 27-29.