

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ ПРИ  
ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ, ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА 3  
СТЕПЕНИ, ОСЛОЖНЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ТЯЖЕЛОЙ  
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

**Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Латыпов И.Ш.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - Доктор медицинских наук, профессор  
кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, Ижевская  
государственная медицинская академия*

*<sup>2</sup>Латыпов Ильдар Шамилевич - Студент, Ижевская государственная  
медицинская академия  
Ижевск, Россия*

**Аннотация:** В статье продемонстрирован клинический пример оказания помощи пациенту при циррозе печени, варикозном расширении вен пищевода 3 степени, осложненном кровотечением тяжелой степени тяжести

**Ключевые слова:** цирроз, варикозное расширение вен, диагностика, помощь, хирургическое лечение.

**CLINICAL CASE OF CARE TO A PATIENT WITH LIVER CIRROSIS,  
DEGREE 3 VARICOSIS ESOPHAGAL VEINS COMPLICATED BY SEVERE  
BLEEDING**

*Styazhkina S.N.<sup>1</sup>, Latypov I.Sh.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor of  
the Department of Faculty Surgery with a course of urology Izhevsk State Medical  
Academy*

*<sup>2</sup>Latypov Ildar Shamilevich - Student, Izhevsk State Medical Academy  
Izhevsk, Russia*

**Annotation:** The article demonstrates a clinical example of helping a patient with liver cirrhosis, grade 3 esophageal varicose veins, complicated by severe bleeding.

**Keywords:** cirrhosis, phlebeurysm, diagnosis, help, surgical treatment.

**УДК 616.36-004.6**

Актуальность:



Цирроз печени — хроническое диффузное заболевание печени, характеризующееся нарушением ее нормального строения в результате разрушения (некроза) и уменьшения массы функционирующих клеток (гепатоцитов), развития соединительной ткани (фиброза) и узлов регенерации [1]. Данные процессы при циррозе печени приводят к возникновению клинически важных симптомов — печеночной недостаточности (нарушение дезинтоксикационной, белково-синтетической и других функций печени) и портальной гипертензии.[2] Последняя обусловлена нарушением оттока крови из печени, поступающей в нее из органов брюшной полости через портальную систему. У больных ЦП высок риск развития первичной карциномы печени.[3] ЦП является достаточно распространенным заболеванием, встречается существенно чаще у мужчин, приводит к ухудшению качества жизни, ранней инвалидизации и смертности больных. Диагностика и лечение этого заболевания связаны с существенными экономическими затратами.[5]

Осложнения ВОЗ, за последние 20 лет показатель смертности от ЦП возрос на 10-20 на 100000 населения в год. На сегодняшний день ЦП как причина смерти занимает 10-е место и входит в 6 основных причин у лиц наиболее трудоспособного возраста 35-55 лет [3].

Цель работы: проанализировать и оценить динамику проводимого лечения за время госпитализации у пациента с диагнозом: цирроз печени, варикозное расширение вен пищевода 3 степени, осложненное кровотечением тяжелой степени тяжести.

Материалы и методы исследования: история болезни пациента за 2020 год, в которой были изучены диагностика, методы лечения.

Анализ клинического случая:

Клинический случай: Пациент А., 1985 г.р.

Место жительства: Республика Удмуртия, г. Ижевск

Дата поступления в стационар: 11.04.2021

Диагноз клинический: цирроз печени, варикозное расширение вен пищевода 3 степени, осложненное кровотечением тяжелой степени тяжести.



Поступила экстренно с жалобами на рвоту с примесью кофейной гущи, слабость.

Анамнез болезни: Считает себя больной в течение длительного времени, установлен диагноз вирусный гепатит С, цирроз печени, отмечала эпизоды кровотечения, последний эпизод кровотечения в ноябре.

Вредные привычки: злоупотребление алкоголем.

Перенесенные заболевания: Острая респираторная вирусная инфекция, сахарный диабет, инфаркты, инсульты отрицает.

Операции: отрицает.

Гемотрансфузий не было.

Аллергический анамнез: не отягощен.

Наследственность: не отягощена

В ходе общего осмотра: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Походка уверенная. Осанка прямая. Выражение лица обычное, приветливое. Форма головы физиологическая. Кожные покровы бледные, высыпаний, язв, пролежней, коллатерального кровообращения нет. Глазные щели симметричные, расположение глазных яблок обычное. Состояние зрачков – обычного диаметра, симметричны, реакция на свет живая, содружественная, вертикальный нистагм. Конъюнктивы и склеры физиологической окраски.

Конституция: плечевой угол прямой, над- и подключичные ямки ярко выражены, лопатки контурируют, эпигастральный угол острый, ход ребер умеренно косо, угол Людвига не выражен. Грудная клетка – переднезадний размер меньше бокового, грудной отдел туловища преобладает над брюшным. Подкожно – жировая клетчатка 0,5 см.

Опорно – двигательный аппарат: мышцы достаточно развиты, кости не искривлены, при ощупывании болезненны (левая ключица, грудная клетка слева). Форма суставов обычная, кожа не гиперемирована, движения в суставах свободные, не ограничены. Отеков нет.



Дыхательная система: грудная клетка астеническая, деформаций грудной клетки нет. При пальпации слева определяется болезненность, резистентность не снижена, шума трения плевры нет. Дыхание в легких везикулярное, умеренно ослаблено слева в нижних отделах. Крепитация в надключичной области слева и левой половине шеи. Бронхофония не усилена. Частота дыхательных движений 18 ударов в минуту.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/90 мм.рт.ст., пульс 72 удара в минуту. Язык влажный, нормальной величины. Форма живота обычная, брюшная стенка участвует в акте дыхания свободно, равномерно. Состояние пупка, паховых областей в норме, выпячиваний, грыж, гиперемии нет. Расширенных подкожных вен на животе нет. Пигментаций, зубчатых полосок нет. Симптомы Холстеда, Турнера, Куллена отрицательные. Перистальтические и антиперистальтические движения желудка и кишечника не выражены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При перкуссии живота в положении лежа и стоя свободная жидкость не определяется, местных притуплений нет, симптом Образцова отрицательный, симптом Менделя отрицательный. Шум трения брюшины не выслушивается. Per rectum: на перчатке кал черного цвета. Печень выступает из-под края реберной дуги на 8 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Для верификации диагноза было выполнено:

Полный анализ крови от 11.04.2021

WBC  $4,70 * 10^9/л$

RBC  $2,34 * 10^{12}/л$

HGB 60 г/л

HCT 20,6%

MCV 88,0 фл

MCH 25,6 пг

MCHC 29,6 г/л

PLT  $79 * 10^9/л$

RDW-SD 65,3 фл



RDW-CV 20,4 %

PDW 9,5 фл

P-LCR 8,8 фл

PCT 0,07 %

Биохимический анализ крови от 11.04.2021

Калий 4,30 ммоль/л

Натрий 145,00 ммоль/л

Общий белок 66,87 г/л

C – реактивный белок 1,13 мг/л

Фосфатаза щелочная 230,27 ед/л

АЛТ 27,43 ед/л

АСТ 56,71 ед/л

Альбумин 22,31 г/л

Альфа – амилаза 58,18 ед/л

Билирубин общий 30,45 мкмоль/л

Билирубин прямой 20,28 мкмоль/л

ГГТ 147,28 ед/мл

Глюкоза 4,45 ммоль/л

Кальций общий 1,64 мкмоль/л

Креатинин 67,00 мкмоль/л

Мочевина 7,92 ммоль/л

Определение группы крови АВ0 и резус – принадлежности от 11.04.2021

АВ (IV) четвертная Rh +

Протокол гастроскопии от 11.04.2021

Пищевод: свободно проходим, слизистая с/3, н/3 и просвет пищевода полностью прикрыты кровью вишнево – красного цвета, на этом участке частично просматриваются стволы узловых вен синего цвета. Кардиальный жом в нормотонусе.

Желудок: обычной формы, расправляется хорошо. Слизистая эластичная, обычного рельефа, умеренно гиперемирована. В просвете желудка количество



гематин и кровь вишнево – красного цвета, по этой причине свод и тело желудка не визуализируются. Антрум без особенностей.

Привратник: обычной формы, зияет, проходим свободно.

Луковица двенадцатиперстной кишки: на момент осмотра данных за кровотечение не обнаружено. Слизистая покрыта лимфангиоэктазиями.

Большой дуоденальный сосок: без особенностей. В просвете кишки желчь и гематин.

Заключение: Варикозное расширение вен пищевода 3 степени, осложненная кровотечением. Частичный осмотр желудка. Гастродуоденит.

Полный анализ крови от 12.04.2021

WBC  $2,84 * 10^9/л$

RBC  $2,83 * 10^{12}/л$

HGB 75 г/л

HCT 24,5%

MCV 86,6 фл

MCH 26,5 пг

MCHC 30,6 г/л

PLT  $90 * 10^9/л$

RDW-SD 61,3 фл

RDW-CV 19,4 %

PDW 10,4 фл

P-LCR 25,7 фл

PCT 0,09 %

Коагулограмма от 12.04.2021

ПТИ 72,000 %

Протромбиновое время 18,500 сек

МНО 1,430

Фибриноген 1,140 г/л

АПТВ 33,800 сек

Тромбиновое время 34,400 сек



Исследование мочи 11.04.2021

Цвет: желтый

Прозрачность: прозрачная

Эритроциты: 250 в поле зрения

Кетоновые тела –

Уробилиноген +++

Глюкоза –

Удельный вес 1,030

Лейкоциты 10 в поле зрения

За время нахождения в стационаре проведено лечение: транексам, октреотид, этамзилат, переливание эритроцитарной массы, переливание донорской крови

Данный пациент был выписан без особенностей с рекомендациями.

Вывод:

Пациентам с циррозом печени необходим экстренный план по оказанию необходимой помощи с дальнейшей реабилитацией и наблюдением амбулаторно.

Как показал данный клинический случай, после оказанной диагностики и лечения, пациент поправился, ему были даны рекомендации по лечению, дальнейшему возвращению к труду.

#### *Список литературы*

1. «Хирургические болезни» под редакцией академика Кузина М.И., Москва, издательство «Просвещение», 2008 г.
2. Ивашкин. В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей – М.: Вести, 2002-416 с.
3. Калинин А.В. Настоящее и будущее клинической гепатологии// клин, перспективы гастроэнтерол., гепатол.-М., 2001. С.300
4. «Непосредственное исследование больного» под редакцией Я.М. Вахрушева. Ижевск, издательство «Экспертиза», 2012 г.
5. «Схемы лечения внутренних болезней и синдромов» под редакцией профессора А.М. Корепанова. Ижевск, 2009 г.

