**Паспортная часть**

Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления: 12.03.2013

Возраст: 56 лет

Профессия: Областная экологическая экспертиза, водитель.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем направлен: СП

Диагноз при поступлении: Желудочно-кишечное кровотечение. Цирроз печени.

Клинический диагноз: Цирроз печени неуточненной этиологии. Синдром портальной гипертензии, декомпенсация. Кровотечение из расширенных вен пищевода ФОРАСА 2Б, асцит.

**Жалобы**

*Б*ольной предъявляет жалобы на выделение алой крови из прямой кишки (обильно). Вздутие живота, отрыжка.

**Anamnesis morbi**

Обильное выделение алой крови из прямой кишки появилось 11.03.2013, когда пациент вернулся с работы. Обратился в скорую медицинскую помощь, которой был доставлен в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Anamnesis vitae**

Родился 2.01.1957 г. в г. Витебске. В детстве в развитии не отставал от сверстников. Особенностей дошкольного и школьного периода жизни больной не отмечает. Рос и развивался нормально. Жилищные условия оценивает как удовлетворительные. Качество и характер питания удовлетворительные. Вредных привычек не имеет. Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает. Наличие болезни Боткина, венерических заболеваний, туберкулеза, онкозаболеваний у себя и ближайших родственников отрицает. Перенесенные заболевания: простудные. Переливаний крови не было.

**Status presens communis**

Сознание ясное, положение активное, состояние средней тяжести, настроение спокойное, телосложение правильное.

*Кожные покровы.*

Кожа: Бледная. Наличие сосудистых звездочек на передней брюшной стенке. Патологических изменений, пигментации, сыпи, шелушения, кровоизлияния не найдены. Кожа средней эластичности, пальпаторно безболезненная. Конъюнктивы желтоватого цвета, слизистые оболочки полости рта розовые и чистые.

*Лимфатическая система*.

При исследовании подчелюстные лимфоузлы подвижные, мелкие, мягкие, эластичные, безболезненные; подмышечные лимфоузлы подвижные, мелкие, мягкие, эластичные, безболезненные; паховые лимфоузлы подвижные, мелкие, мягкие, эластичные, безболезненные.

*Костно-мышечная система*

Мышцы развиты симметрично, тонус достаточный.

Уплотнений не обнаружено. Ощупывание и покалачивание болезненности не вызывает.

Суставы конечностей не утолщены. Имеют свойственную ему конфигурацию. Большой палец может образовывать кольцо поочереди со II-V пальцами и прочно его удерживать. Выпремленная кисть с предплечьем составляет одну прямую линию. Хорошо выражен тенар и гипотенар. Тыл пястья не западает.

*Дыхательная система.*

Дыхание через нос свободное, носовых кровотечений нет, голос ясный, громкий. Слизистые оболочки рта, носа чистые и розовые.

Частота дыхательных движений 14 в мин. Грудная клетка имеет нормальную форму, грубых деформаций костей при осмотре не выявлено. Ключицы и лопатки симметрично расположены. Ритм правильный, глубина дыхания в пределах нормы. Западений межреберных мышц отсутствует.

При пальпации грудная клетка безболезненна. При сравнительной перкуссии легких выявляется ясный легочной звук.

*Топографическая перкуссия:*

Выстояние верхушек легких над грудиной - слева и справа по 3 см.

Верхняя граница легких сзади по отношению их положения к остистому отростку VII шейного позвонка справа и слева - на уровне остистого отростка С VII.

Ширина полей Кренига 6 см.

Нижняя граница легких:

Правое легкое:

Окологрудинная -V междеберье

Среднеключичная - VI ребро

Перед. подмышеч. - VII ребро

Средн. подмышеч. - VIII ребро

Задняя подмышеч. - IX ребро

Лопаточная - X ребро

Околопозвоночн. - оститс. отросток XI груд.позвонка

Левое легкое:

Передняя подмышеч. - VII ребро

Cредняя подмышеч. - VIII ребро

Задняя подмышеч. - IX ребро

Лопаточная линия - X ребро

Околопозвоночная - остистый отросток XI грудного позвонка

Подвижность нижнего края легких:

среднеключичная: правое - 5, левое ---

среднеподмышечная: правое - 7, левое - 7

лопаточная: правое-6, левое - 6

Данные аускультации:

Дыхание везикулярное, патологических шумов нет. Бронхофония одинаковая на симметричных участках.

*Сердечно–сосудистая система*.

Границы сердца без изменений. Сердечного горба нет. Верхушечный толчек пальпируется в V межреберье на 1,5 см. от среднеключичной линии кнутри.

Границы относительной сердечной тупости:

правая - 1 см кнаружи от правого края грудины;

левая - 2 см кнутри от левой средне-ключичной линии (совпадают с верхушечным

толчком);

верхняя - III межреберье

Границы сосудистого пучка не выходят за края грудины

Границы абсолютной сердечной тупости:

- правая - по левому краю грудины

- верхняя - IV межреберье

- левая - 1см кнутри от левой границы относительно сердечной тупости.

Аускультация сердца:

Тоны сердца звучные. II тон на аорте и легочной артерии одинаковой громкости.

Ритм тонов правильный. Число сердечных сокращений – 88уд/мин, хорошего наполнения, ритмичные.

Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст., одинаковое на обеих

руках.

*Исследование сосудов.*

Осмотр сосудов шеи: сосуды не изменены, пульсации сонных артерий нет, вены не набухшие.

Осмотр периферических сосудов: видимых пульсаций артерий, надчревной пульсации нет.

Пальпаторно: пульс одинаково прощупывается на лучевой, сонной. Пульс ритмичный, напряженный, равномерный. Частота пульса 88 ударов/мин. АД – 130/80 мм рт.ст., одинаковое на обеих руках. При повторном измерении через 5 мин АД не изменилось.

Осмотр и ощупывание вен: пульсации вен нет, расширения вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей нет. Уплотнения и болезненности при пальпации не выявляются.

*Система пищеварения.*

Органы брюшной полости:

Язык суховат, обложен у корня. Сосочки сохранены. Зубы здоровые, зев чистый розовый. Живот увеличен за счет подкожно- жировой клетчатки и метиаризма, симметричен. При пальпации отмечено напряженность мышц, передней брюшной стенки справо болезненность в правом подреберье и правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Ситковского слабоположительный.

Нижний край печени закругленный, плотный, безболезненный, поверхность гладкая.

Селезенка не пальпируется. Перкуторный звук над областью живота приглушенный.

Размеры печени по Курлову М.Г. 11\*8\*7. Длинник селезенки 14 см, поперечник 6см.

*Мочеполовая система.*

Поясничная область не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпация почек безболезнена. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

*Нервная система.*

Острота зрения: двоения в глазах нет, реакция зрачков на свет прямая и содружественная не изменена, носогубные складки симметричны. Дисфагии нет. Роговичный, глоточный рефлексы положительны, сухожильные рефлексы (коленный, ахиллов) положительны. Патологических знаков нет. Речь членораздельная, дизартрии нет. В позе Ромберга устойчив. Пальце-носовую пробу выполняет точно обеими руками.

**План обследования**:

1. ОАК

2. Анализ кала

3.ОАМ

4.ЭКГ

5.ФГДС

6.УЗИ брюшной полости

**Дополнительные методы обследования.**

ОАК от 12.03.2013:

эритроциты 3,22\*1012/л, гемоглобин 101 г/л , лейкоциты 10,0 \*109 г/л (Э-6, П-7, С-84, Л-8, М-1), СОЭ 25 мм/ч, ЦП=0.94.

ОАМ от 12.03.2013.

цвет желтый, прозрачность полная, рН 1016, белок нет, сахар нет, эпителий 1-2, эритроциты-1 изм, слизь ++.

Анализ кала 12.03.2013

Реакция Грегерсена - положительная.

**Инструментальные.**

ЭКГ: (заключение) ритм синусовый правильный, аритмий, экстрасистолий нет.

ФГС: варикозное расширение вен пищевода 3 ст. сопровождающиеся кровотечением. Атрофический гастродуоденит.

УЗИ: В брюшной полости незначительное количество свободной жидкости. Печень, умеренно увеличена, за счет левой доли (66 мм), контур фестончатый, структура печени неоднородная, уплотнена по портальным трактам с зонами повышенной эхогенности. Воротная вена16-17 мм., ход ее извитой. Желчный пузырь средних размеров, с перегибом в верхней трети, стенки уплотнены, утолщены, имеют двойной контур.

Pancreas с размытыми контурами, паренхима гиперэхогенна, неоднородна; селезеночная вена в теле pancreas 9,1 мм.

Селезенка: 135 Х 54 мм, стенки сосудов уплотнены, селезеночная вена в воротах 11 мм, ход ее извитой.

Левая почка расположена низко, 101 Х 40 мм, правая почка расположена обычно 112,6 Х 41 мм. Мочевой пузырь пуст.

Пальцевое исследование прямой кишки:

переанальная область спокойная, сфинктер в норме, тоничен. Геморроидальный узел увеличен. На перчатке алая кровь.

**Заключительный клинический диагноз:**

На основании жалоб больного (на выделение обильной алой крови из прямой кишки, вздутие живота, отрыжка), anamnesis morbid (обильное выделение алой крови из прямой кишки появилось 11.03.2013, когда пациент вернулся с работы. Обратился в скорую медицинскую помощь, которой был доставлен в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), перкуссии, пальпации (напряжение мышц передней брюшной стенки в области правого подреберья, болезненность при пальпации, положительные пузырные симптомы), из дополнительных методов: УЗИ - Печень, умеренно увеличена, за счет левой доли (66 мм), контур фестончатый, структура печени неоднородная, уплотнена по портальным трактам с зонами повышенной эхогенности. Воротная вена16-17 мм., ход ее извитой. ФГС: варикозное расширение вен пищевода 3 ст. сопровождающиеся кровотечением. Атрофический гастродуоденит. Пальцевое исследование прямой кишки:

переанальная область спокойная, сфинктер в норме, тоничен. Геморроидальный узел увеличен. На перчатке алая кровь.

***Окончательный клинический диагноз:***

Цирроз печени неуточненной этиологии. Синдром портальной гипертензии, декомпенсация. Кровотечение из расширенных вен пищевода ФОРАСА 2Б, асцит.

**Лечение**

Традиционно для остановки пищеводно-желудочного кровотечения используют зонд Блекмора, эндоскопическое склерозирование вен пищевода, прошиванием и перевязка варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода и проксимального отдела желудка путем гастротомии, эндоваскулярную эмболизацию.

Однако с накоплением опыта выявились недостатки перечисленных методов остановки пищеводно-желудочного кровотечения: при установке зонда Блекмора удается достичь лишь временной остановки пищеводно-желудочного кровотечения (временный гемостаз).

После эндоскопического склерозирования вен пищевода/эндоваскулярной эмболизации коронарных и коротких вен желудка рецидив кровотечения возникает в 30-61% случаев (рецидив кровотечения в течение 6 месяцев после эмболизации возникает в 55% случаев, аналогичная цифра за двухлетний период составляет 81%.), что связано с расширением или реканализацией ранее склерозированных/эмболизированных вен. Во-вторых, в 16-20% после эндоскопического склерозирования или эндоваскулярное эмболизации коронарных и коротких вен желудка возникает тромбоз воротной вены, что связано с резким увеличением притока крови в системе воротной вены, приводящему к резкому снижению скорости кровотока и тромбозу последней.

На данный момент эмболизация варикозно расширенных вен самостоятельно практически не применяется, за исключением тех случаев когда эмболизация применяется совместно с ТИПС, или для предотвращения остаточного кровотечения после хирургического портосистемного шунтирования.

Хирургия пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии

Относительно открытой хирургической профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка - частичная эзофагогастрэктомия (резекция проксимального отдела желудка и дистального отдела пищевода) сопровождается у подавляющего большинства больных развитием диспептических расстройств, которые в 42% случаев сочетаются с симптомами агастральной астении в виде значительной потери массы тела и с анемией. Кроме того, серьезным осложнением частичной эзофагогастроэктомии стали эрозивно-язвенные поражения культи желудка, остаюшейся в условиях нарушенного оттока крови, и в связи с этим - рецидивы кровотечений.

Сюда же нужно отнести значительную хирургическую травматичность открытой операции и необходимость использования эндотрахеального наркоза, что является слишким агрессивным подходом для лечения больных с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией. Помимо частичной эзофагогастрэктомии существует операция Таннера в модификации М.Д. Пациора - прошиванием и перевязкой ВРВ дистального отдела пищевода и проксимального отдела желудка путем гастротомии, выполняемой как из абдоминального доступа, так и из торакального. Однако, общая послеоперационная летельность данной операции составляет 27,5%. При операциях по срочным показаниям, то есть в период продолжающегося кровотечения, летальность при этой операции достигает 48,9%. Еще одним хирургическим способом профилактики кровотечения является наложение порто-системных анастамозов. Трнасъюгулярное Интрапеченочное Портосистемное Шунтирование - ТИПС (TIPS), что также подтверждается данными мировой литературы. Помимо этого, как правило, пищеводно-желудочные кровотечения являются не единственным проявлением портальной гипертензии у данной категории больных, среди которых огромную проблему составляет рефрактерный асцит. В случае сочетания рефрактерного асцита с пищеводно-жулудочным кровотечением более патогенетически оправданным методом коррекции является TIPS.

Для TIPS (ТИПС) существуют строго определенные показания:

1. Портальная гипертензия.

2. Острое кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

3. Повторное пищеводно-желудочное кровотечение.

4. Рефрактерный асцит (асцит неподдающийся медикаментозной терапии).

5. Печеночный гидроторакс (скопление асцитической жидкости в плевральной полости).

6. Синдром Бадда-Киари (сдавление нижней полой вены в инфраренальном отделе узлами регенератами).

Эндоваскулярное лечение, как и открытая хирургическая операция, направлено на снижение давления в воротной вене (портальная гипертензия). Портальная гипертензия возникает из-за цирроза печени и приводит к пищеводно-желудочному кровотечению, асцитическому синдрому. Опираясь на современные представления о портальной гипертензии и ее осложнения - асцитического синдрома, необходимо признать, что наиболее перспективным направлением хирургии портальной гипертензии является разработка и совершенствование малоинвазивных, патогенетически обоснованных вмешательств, сохраняющих портальную перфузию печени. Данным требованиям отвечает эндоваскулярный метод коррекции портальной гипертензии - TIPSS.

TIPSS выполняется под местной анестезией, через прокол на коже в области шеи, не требует широких разрезов, как при хирургической операции, и позволяет избежать использование эндотрахеального наркоза. Исходя из этого складываются преимущества данной операции перед хирургическими способами корекции портальной гипертензии, являющимися агрессивными по отношению к больным с циррозом печени. Сама операция направлена не на этиотропное лечение цирроза печени, а на устранение проявлений портальной гипертензии (кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, асцитический синдром), являющейся основым патогенетическим звеном данной болезни. Положительные результаты лечения цирроза печени (больные класса B, C по Child-Paquet) достигаются только лишь при сочетании традиционных консервативных методов лечения с эндоваскулярными или хирургическими. Мы рекомендуем эндоваскулярный метод как менее травматичный и более патогенетически оправданный.

Назначения:

Стол 0.

Холод на переднюю брюшную стенку.

Аминокапронавая кислота 5%-200,0 + раствор Рингера 400,0

Sol. Papavereni 2% 2,0 3 раза в день

Этамзилат 12,5%-2,0 в/м 2 раза день.

Викасол 1%-1,0 в/м

**Дневник**

12.03.2013.г

Жалобы на наличие черного стула

Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное.

Кожные покровы бледные чистые, влажные, без изменений.

АД: 130/80 мм. рт. ст.

PS : 88 в мин. Ритмичный.

Живот увеличен в объеме за счет асцита.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Per. rectum - переанальная область спокойная, сфинктер в норме,

тоничен. Геморроидальный узел увеличен. На перчатке алая кровь.

13.03.2013г.

Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное.

Кожные покровы бледные, чистые, влажные, без изменений.

Метиаризм, стул, диурез в норме.

АД: 125/80

PS : 74

14.03.2013г.

Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное.

Кожные покровы бледные, чистые, влажные, без изменений.

Стул, диурез в норме.

АД: 120/80

PS : 70

**Прогноз при циррозе печени**

Продолжительность жизни при циррозе печени зависит от степени компенсации процесса. Примерно половина больных с компенсированным (в момент установления диагноза) циррозом печени живет более 7 лет. При декомпенсированном циррозе через 3 года остается в живых 11-41%. При развитии асцита лишь четвертая часть больных переживает 3 года. Еще более неблагоприятный прогноз имеет цирроз, сопровождающийся поражением нервной системы, при которой больные в большинстве случаев умирают в течение года. Основные причины смерти при циррозе печени - печеночная кома и кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Больные циррозом печени ограниченно трудоспособны (инвалидность III группы), а при декомпенсированном циррозе печени, активных формах заболевания и при присоединении осложнений - нетрудоспособны (инвалидность II и I группы).

**Профилактика цирроза печени**

Профилактика заключается в предупреждении и своевременном лечении заболеваний, приводящих к циррозу печени (в первую очередь алкоголизма и вирусных гепатитов).

**Эпикриз**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, водитель областной экологической экспертизы госпитализирован в хирургическое отделение 12.03.13 ,с жалобами на выделение алой крови из прямой кишки (обильно). Вздутие живота, отрыжка. По поводу данной патологии ранее не обращался.

При помощи специальным методов исследования УЗИ - Печень, умеренно увеличена, за счет левой доли (66 мм), контур фестончатый, структура печени неоднородная, уплотнена по портальным трактам с зонами повышенной эхогенности. Воротная вена16-17 мм., ход ее извитой. ФГС: варикозное расширение вен пищевода 3 ст. сопровождающиеся кровотечением. Атрофический гастродуоденит. Пальцевое исследование прямой кишки:

переанальная область спокойная, сфинктер в норме, тоничен. Геморроидальный узел увеличен. На перчатке алая кровь.

Проводится лечение- Стол 0.

Холод на переднюю брюшную стенку.

Аминокапронавая кислота 5%-200,0 + раствор Рингера 400,0

Sol. Papavereni 2% 2,0 3 раза в день

Этамзилат 12,5%-2,0 в/м 2 раза день.

Викасол 1%-1,0 в/м

Отмечается положительная динамика.

Больной остается в стационаре.

Лечение продолжить.