



Лечение патологии гастроэнтерологического профиля у авиационного персонала ГА

Лозовский Александр Владимирович, заведующий
терапевтическим отделением стационара ЦКБ ГА, врач-
терапевт высшей квалификационной категории

Немного статистики

Всего пролечено пациентов в 2017 году: **1082**

Из них сотрудников, родственников
сотрудников гражданской авиации,
пенсионеров ГА: **608**

Действующий летный состав: 2017 год – **38**,
2018 год – **36** (пролечено в стационаре и
возвращено к летной работе)

Случай первый: Больная 51 года с тяжелым циррозом печени

Жалобы и анамнез

В 2013г. диагностирован билиарный цирроз печени класс В-С по Чайлд-Пью, впоследствии принимала гепатопротекторы (карсил, гептрал) курсами. Постоянно принимает урсосан. В 2014 г - декомпенсация цирроза печени, со слов, проводился лапароцентез, в дальнейшем, "после лечения в Китае", чувствовала себя удовлетворительно. Ухудшение состояния с 07.06.2017., когда стало отмечаться увеличение живота в размерах, выраженная слабость в ногах, одышка

12.06.2017. обратилась в Н-скую клинику по поводу геморроидального кровотечения, в экстренном порядке оперирована, проведена комбинированная геморроидэктомия. Выписана 17.06.2017. Спустя трое суток 20.06.2017., в связи с повторным кровотечением в месте оперативного вмешательства была доставлена бригадой СМП 03 в Н-скую ГKB в реанимационное отделение. В экстренном порядке была оперирована, кровотечение остановлено, спустя сутки переведена в отделение проктологии. Выписана сегодня и обратилась на госпитализацию в ЦКБ ГА с целью обследования и лечения относительно основного заболевания.

Жалобы (в ЦКБ ГА): на увеличение живота в размерах, дискомфорт в мезогастрии, выраженную слабость, одышку при ходьбе и в положении лежа, лихорадку до 38,6

Данные объективного осмотра

Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5. Конституция нормостеник. Кожные покровы бледно желтушные. В правой подключичной области - подключичный катетер, установлен в ГКБ, без признаков воспаления вокруг. Влажность кожи нормальная. Тургор кожи снижен. Видимые слизистые обычной окраски. Состояние питания резко пониженное. Пастозность стоп. Лимфоузлы не увеличены. Грудные железы без особенностей. ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ: Дыхание через нос свободное. ЧДД 18 в мин. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. Перкуторный звук над легочными полями легочный. Аускультативно: дыхание жесткое, в нижних отделах ослаблено - справа до 5 ребра, слева в нижних отделах, хрипы нет. ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: Область сердца и крупных сосудов не изменена. Верхушечный толчок: визуально и пальпаторно не определяется. Границы сердца: правая N, верхняя N, левая N. Тоны сердца приглушены. Первый тон: без особенностей. Второй тон: без особенностей. Шумы нет. ЧСС 88. Пульс 88 уд. в мин. Ритм правильный. Дефицит пульса нет. АД правая рука 100/50 мм.рт.ст., левая рука 100/50 мм.рт.ст. Пульсация на периферических артериях сохранена. ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ: Appetit сохранен. Язык чистый. Зубы требуют санации. Зев чистый; миндалины не увеличены. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Живот увеличен за счет ненапряженного асцита. Перистальтика выслушивается. Пальпация мягкий безболезненный в во всех отделах. Симптомы отрицательный. Прочие симптомы нет. Печень не пальпируется - асцит. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Стул в норме. ОРГАНЫ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ:

Область почек при пальпации безболезненная. Болезненность по ходу мочеточников -. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное учащенное малыми порциями. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СИСТЕМА:

Сознание ясное. Патологические симптомы со стороны центральной и периферической нервной системы в сознании, инверсии сна нет.

Анализы

Электролиты при поступлении: Калий 2,51, натрий 131, кальций 1,01.

МНО : 1,66,

Протромбиновое время – 21 сек (норма до 15,1)

Креатинин от 21.06.17 - 188 мкмоль/л (Н-ская ГКБ)

ОАМ от 22.06.17 - лейкоцитоз до 500 лей/мкл

Общий анализ крови:

Число	23.06.17
Нв	100
Нt	23,3
Эр	3,09
Л	22,9
Нейтр	
п/я	
с/я	
Лимф	9,2
Моноц	
Эозин	
Базоф	
Тромб	110
СОЭ	

Биохимический анализ крови 24.06.2017

Исследование	Результат	Норма
Общий белок	45.9	61-83
Альбумины (г/л)	30.8	35-50
Мочевина (ммоль/л)	1.9	1,7-8,3
Креатинин (мкмоль/л)	108	20-123
Общий холестерин (ммоль/л)	1.57	3,6-6,22
Общий билирубин (мкмоль/л)	42	1-23,8
Прямой билирубин (мкмоль/л)	22.8	0-7
АЛТ (IU/L)	15.1	4-42
АСТ (ед/л)	27	5-41
Альфа-амилаза (и/л)	17	20-80
ЛДГ (и/л)	160	207-414
Щелочная фосфатаза (IU/L)	71	26-117
Глюкоза (ммоль/л)	4.27	3,5-6,4
ГГТ (IU/L)	77	2-55
Калий (ммоль/л)	3.21	3,5-5,3
Натрий (ммоль/л)	137.23	135-153

Данные инструментального обследования

УЗИ: признаки диффузных изменений печени, признаков портальной гипертензии, асцита, спленомегалии, деформации и застоя желчного пузыря, диффузных изменений поджелудочной железы.

Р-графия ОГК: рентгенологические признаки правостороннего плеврита.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 83 уд./мин. ЭОС нормальное положение.
Суправентрикулярная экстрасистолия по типу бигеминии. Нарушение внутрижелудочковой проводимости

Предварительный диагноз

Цирроз печени, первичный билиарный, класс С по Чайлд-Пью, декомпенсация. С-м портальной гипертензии. Асцит. Желтуха. Печеночно-почечная недостаточность. Печеночная энцефалопатия 1 ст. Кахексия.

Осложнения: Состоявшееся кровотечение из геморроидальных вен от 19.06.17, состояние после оперативного лечения, гемотрансфузии. Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести. Правосторонний гидроторакс. Правосторонняя н/д пневмония? Водно-электролитные нарушения

Сопутствующие: Хр пиелонефрит, обострение

Первые проблемы: Острое почечное повреждение, электролитные нарушения, лихорадка у больной с асцитом, гидротораксом

Проблема	Причина	Решение проблемы
Лихорадка	Лейкоцитоз в ОАМ, отсутствие других причин – обострение хронического пиелонефрита	Антибактериальная терапия - левофлоксацин в/в
Острая почечная недостаточность	Обострение хронического пиелонефрита, интоксикация, гиповолемия (олигурия, снижено ЦВД)	Инфузионная терапия – коллоиды (альбумин), кристаллоиды под контролем ЦВД
Электролитные нарушения	Интоксикация, тяжелый цирроз печени	Инфузия высоких доз калия хлорида

Итоги первых трех дней лечения

Проблема	Динамика	Решение проблемы
Лихорадка	Снизилась до субфебрильной	Антибактериальная терапия адекватна
Острая почечная недостаточность	Нормализация креатинина, диуреза	Инфузионная терапия адекватна
Электролитные нарушения	Калий вырос до 2,96 ммоль/л)	Повышение дозы калия хлорида до 100 мл x 2, назначен верошпирон (теперь это возможно)

Клиническое улучшение: меньше слабость, одышки в положении лежа нет, дискомфорт в мезогастрии и подвздошных областях меньше, передвигается в пределах отделения.

По данным биохимического анализа крови отмечается повышение уровня общ. белка, альбумина

Еще 3 дня в стационаре: решение старых проблем и возникновение новых

Проблема	Динамика	Решение проблемы
Лихорадка, почечная недостаточность, электролитные нарушения	Стойкая нормотермия, креатинин нормальный, калий – по нижней границе нормы	Терапия адекватна, требуются высокие дозы верошпирона – до 200 мг/сут
Ректальное кровотечение	Возникло ночью, на утро гемоглобин 87 г/л, эритроц. $2,88 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $9,17 \times 10^9/л$, тромбоц. $130 \times 10^9/л$, СОЭ 18 мм/час	Местное лечение (проктолог), трансфузия СЗП, гемостатическая терапия, препараты железа в/в

Динамика субъективно и физикально:

Талия: 86 см (было 89), вес тела 49,6 кг (было 50,35)

Очередные 3 дня в стационаре: динамика стойко положительная

Проблема	Динамика	Решение проблемы
Лихорадка, почечная недостаточность, электролитные нарушения	Стойкая нормотермия, креатинин нормальный, электролиты в норме	Терапия адекватна, без дополнительной инфузии калия, верошпирон – до 200 мг/сут
Ректальное кровотечение	Купировано, не рецидивировало	Местное лечение (проктолог), гемостатическая терапия (викасол), препараты железа в/в
Асцит, гидроторакс	Уменьшение живота в объеме, положительная рентгенологическая динамика	Верошпирон 200 мг/сут -> 150 мг/сут

Динамика субъективно и физикально:
Вес тела 43,5 кг (было 49,6)

Проведенная терапия

Гептрал 800 мг в/в капельно, урдокса 250 мг х 3, верошпилактон 75 мг/сут. -->200 мг/сут--> 100 мг/сут, фуросемид 10 мг/мл 2 мл в/в струйно однократно., глюкоза 5% 500 мл + глюкоза 40% 40 мл + актрапид НМ 100 ме/мл 8 ед. + калия хлорид 4% 80 мл х 2., левофлоксацин 5 мг/мл - 100 мл в/в капельно, аргеферр 20 мг/мл - 10 мл в/в капельно через день, фолиевая кислота 1 мг х 2, омепразол 20 мг, альбумин 20%-200 мл в/в капельно №4 с последующей отм., викасол 15 мг х 2, стагемин 10,0 в/в кап х 2 с заменой на этамзилат 2,0 х 3 в/м, доп., трансфузия СЗП - 2 дозы питание - нутриэн

Это победа!

Больная поступила в клинику в связи с декомпенсацией цирроза печени с жалобами на увеличение живота в размерах, дискомфорт в мезогастрии, выраженную слабость, одышку при ходьбе и в положении лежа, лихорадку до 38,6, обусловленную обострением хр. пиелонефрита (в ОАМ от 22.06.17 - лейкоцитоз до 500 лей/мкл) с острой почечной недостаточностью смешанного генеза (креатинин от 21.06.17 - 188 мкмоль/л), грубыми водно-электролитными нарушениями, анемией.

На проведенной комплексной инфузионной, заместительной, диуретической, антибактериальной терапии динамика выражено положительная: нормализовались электролиты, уровень лейкоцитов, значительно уменьшился в размерах живот (вес тела 54,9->43,5 на диуретической терапии), регрессировала одышка, достигнута нормотермия, пациентка активна в пределах стационара без ограничения повседневной деятельности. Обострение пиелонефрита купировано, нормализовался креатинин и показатели ОАМ, значимо вырос общий белок и альбумин.

При углубленном обследовании по КТ о бр полости в печени выявлены образования, которые в настоящий момент требуют диф. диагностики между крупноузловым циррозом печени и ср., возможно, mts. из толстой кишки - выявлено повышение СА-19-9 при нормальном альфа-фетопротеине . В удовлетворительном состоянии выписывается на амбулаторный этап с рекомендациями.

Катамнез: 2018 год

В 2018 году пациентка не только жива, но и успешно перенесла операцию трансплантации печени.

Случай 2: Тяжелый НЯК, потребовавший введения ГИБП

Больной А., 46 лет С 2011 года страдает НЯК, наблюдался у гастроэнтеролога, колопроктолога принимал салофальк - 2 г/сут в ремиссию, до 4 г/сут при обострениях. С 2016 году был диагностирован язвенный колит с тотальным поражением толстой кишки, мед. документация представлена.

Настоящее ухудшение с 05.09.17, когда отметил частый жидкий стул с кровью, лихорадку до 38,5-39 гр С, спастические боли в животе, увеличил дозу салофалька до 4 г/сут - без эффекта, 15.09.17 по СМП госпитализирован в ГКБ, где проходил лечение с 15 09 17 по 27 09 17, получал преднизолон 120 мг в течении 7 дней,салофальк, ципрофлоксацин, метронидазол, инфузионная терапия, на фоне лечения положительная динамика в виде уменьшения слабости, улучшения аппетита, температура тела снизилась до нормальной с эпизодами подъемов до 37,4 С, однако стул не улучшился, стул жидкий до 10-12 раз в день, 27.09 осмотрен гастроэнтерологом, рекомендовано проведение пульс-терапии метилпреднизолоном 1000 мг/сут на 3 сут с дальнейшим переходом на оральный прием ГКС, в связи с чем переведен для дальнейшего подбора терапии в ЦКБ ГА тер отд.

Стационарное лечение в ЦКБ ГА

В терапевтическом отделении проведена пульс-терапия 1000 мг солю медрола - 3 дня, затем переведен на оральный прием метипреда 60 мг, что соответствует 1 мг/кг по преднизолону, продолжена антибактериальная, инфузионная, антианемическая терапия с эффектом: крови в стуле нет, стул стал реже - с 15 р/сут до 7р сут, температура субфебрильная, вырос гемоглобин, значительно уменьшились перианальные воспалительные изменения - меньше отек, инфильтрация, однако по контрольной колоноскопии сохраняются выраженные изменения, в связи проведен консилиум с профессором, зав кафедрой гастроэнтерологии РМАПО Лоранской И.Д. для определения дальнейшей тактики.

Инфликсимаб: последний рубеж перед колэктомией

По результатам было принято решение о необходимости терапии генно-инженерным биопрепаратом, проведена терапия ремикейдом по схеме (0 и 2 неделя), добавлен азатиоприн, продолжена антибактериальная, инфузионная, заместительная, антианемическая терапия, местная терапия под динамическим контролем проктолога. Проведенная терапия - с улучшением: крови в стуле нет, стул стал реже - с 15 р/сут до 7р сут, температура тела нормализовалась, больной более активен, нормализовался гемоглобин, нормализовался СРБ значительно уменьшились перианальные воспалительные изменения - меньше отек, инфильтрация.

Проведенная терапия

Инфузионная терапия (рингер, глюкоза, физ раствор, стерофундин), аминоклазмаль в/в, альбумин в/в, космофер в/в, метронидазол+ципрофлоксацин с переходом на альфа нормикс, солю медрол 1000 мг в/в 3 дня с переходом на метипред 60 мг/сут пер ос со снижением до 52 мг пер ос, салофальк 3 г пер ос + 1000 мг ректально в сутки, азатиоприн 25 мг, ремикейд - 400 мг в/в на 0 и 2 неделе, панкреатин, омепразол, бинавит в/м

Рекомендации на амбулаторный этап

Режим, диета высокобелковая, бесшлаковая, доп энтеральное питание - клинутрел, нутризон до достижения 1,5 - 2 г белка на 1 кг массы тела. Периодический контроль ОАК, БХ.

Метипред - 4 мг - 10 таблеток утром, 3 таблетки в обед, снижать на 1 таблетку каждые 5 дней начиная с обеденной дозы, вплоть до полной отмены под контролем гастроэнтеролога, азатиоприн 25 мг утром и вечером, салофальк 1000 мг 3 раза в день в таблетках, дополнительно 500 мг утром и вечером - ректально, лосек МАПС 20 мг вечером до еды, кальций Д3 никомед - утром и вечером, креон 10000 с каждым крупным приемом пищи, супрадин 1 таб утром и вечером - 1 нед, затем - 1 таб утром 2 мес.

В течение недели - ципробай 500 мг + метронидазол 500 мг + линекс форте 1 капс утром и вечером

01.12.17 - очередная инфузия ремикейда 400 мг (проведена)