

АБДОМИНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА. КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

В.А. Путинцев^{1,3*}, Н.В. Макаренко², Д.А. Тимашков², Д.В. Богомолов³

¹ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва,

²ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ, Москва,

³ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, Москва

ABDOMINAL MANIFESTATIONS OF HEMORRHAGIC SYNDROME. A CLINICAL AND ANATOMIC ANALYSIS OF THE CLINICAL CASE

V.A. Putincev^{1,3*}, N.V. Makarenko², D.A. Timashkov², D.V. Bogomolov³

¹Central Clinical Hospital with Outpatient Health Center, Moscow, Russia,

²Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia,

³Russian Center of Forensic and Medical Expertise, Moscow, Russia

E-mail: pv963@rambler.ru

Аннотация

В статье приведен анализ летального случая с посмертной диагностикой, когда у пациента с искусственными клапанами сердца на фоне бесконтрольного приема антикоагулянта развился геморрагический синдром в виде спонтанных кровоизлияний в органы брюшной полости и забрюшинного пространства с выраженным абдоминальным болевым синдромом и острой постгеморрагической анемией. Авторы на данном примере обращают внимание клиницистов на сложность, ответственность при дифференциальной диагностике «пограничных» состояний.

Ключевые слова: абдоминальный синдром, геморрагический синдром, диагностика.

Abstract

The article analyzes a lethal case of post-mortem diagnosis where a patient with artificial heart valves developed hemorrhagic syndrome in the form of spontaneous hemorrhages in the abdominal cavity and retroperitoneal space with pronounced abdominal pain syndrome and acute post-hemorrhagic anemia under the uncontrolled administration of an anticoagulant preparation. The authors use this example to draw attention of clinicians to the complex issue and responsibility in differential diagnostics of «borderline» conditions.

Key words: abdominal syndrome, hemorrhagic syndrome, diagnostics.

Ссылка для цитирования: Путинцев В.А., Макаренко Н.В., Тимашков Д.А., Богомолов Д.В.. Абдоминальные проявления геморрагического синдрома. Клинико-анатомический анализ случая. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2020; 2: 150-152.

Дифференциальная диагностика острых абдоминальных синдромов составляет важную часть взаимодействия терапевта и хирурга. Этот раздел клинической медицины справедливо относят к «пограничным». Дифференциальная диагностика острой хирургической патологии органов брюшной полости и заболеваний терапевтического профиля, симулирующих «острый живот», отличается сложностью, ответственностью решений и дефицитом времени [1].

В статье мы хотим привести клинико-анатомический анализ летального случая из практики с описанием обстоятельства наступления смерти, результатов аутопсии, гистологической картины и судебно-медицинского диагноза. При-

чины смерти кодированы по МКБ-10 [2]: I27.9/W78 /D62/ K56.4/ D68.3/I48

I. а) Острая легочно-сердечная недостаточность.

б) Аспирация дыхательных путей рвотными массами.

в) Парез желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия.

г) Геморрагический синдром, обусловленный приемом варфарина.

II. Нарушение ритма сердца (пароксизмальная форма фибрилляции-трепетания предсердий). Искусственные клапаны (аортальный и митральный) сердца с 2007 г.

Описание клинического случая. Мужчина 60 лет экстренно госпитализирован в стационар 11.05.2019. в 21:30 с диагнозом «Острый панкреатит?». При поступлении: жалобы на дискомфорт в верхних отделах живота, икоту, длительностью около 2 сут. Данные жалобы предъявлял и на протяжении пребывания в стационаре. Манифестировало заболевание болью в животе, которая возникла после погрешности в диете и употребления алкоголя 9.05.2019. Из анамнеза известно, что у пациента имеется нарушение ритма сердца – пароксизмальная форма фибрилляции-трепетания предсердий, в 2007 г пациент перенес операцию – протезирование аортального и митрального клапанов механическим протезами. Хронический смешанный гастрит, ассоциированный с инфекцией *Helicobacter pylori*. Постязвенные рубцовые изменения угла желудка. Бульбит. Недостаточность кардии. Сахарный диабет 2-го типа с 2017 г, у врачей регулярно не наблюдается. Из лекарственных препаратов принимал варфарин 2.5 мг 1 раз в сутки, МНО не контролировал.

В течение суток в стационаре проводилась оценка данных физического, клинико-лабораторных и диагностических исследований и параллельно дифференциальная диагностика острого абдоминального синдрома с заболеваниями терапевтического профиля.

Результаты проведенных обследований
11.05.2019. *Общий анализ крови:* лейкоциты 10.3; эритроциты 4.92; гемоглобин 117 г/л; гематокрит 0.36; средний объем эритроцита 73.8; среднее содержание гемоглобина в эритроците 23.8; средняя концентрация гемоглобина в эритроците 323; тромбоциты 203. *Биохимический анализ крови:* креатинин 93 мкмоль/л; СКФ (СКД-ЕРІ) 76.15; мочевины 9.5; калий 4.8, натрий 141 ммоль/л; глюкоза 11.1 ммоль/л; билирубин общий 14.8 мкмоль/л; АСТ 31, АЛТ 43, амилаза 23 Ед/мл. Коагулограмма: протромбиновое время 17.4 с; МНО 1.06; АЧТВ 28.6 сек; фибриноген 3.2 г/л. *Общий анализ мочи:* количество 50 мл; цвет соломенно-желтый; удельный вес 1020; прозрачность неполная; реакция 5; белок 0.3 г/л; сахар ++++; кетоновые тела ++++; желчные пигменты отриц.; уробилин норма; эпителий плоский единич.; лейкоциты 25-30 в п/зр.; слизь ++; бактерии +++. *Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек.* Заключение: исследование проводится на фоне выраженной пневмотизации петель кишечника. Признаки диффузных изменений ткани печени, поджелудочной железы. Кисты обеих почек, максимальным размером до 0.7 см, данных о наличии свободной жидкости в брюшной полости не получено.

По итогу обследования были назначены инфу-

зионная терапия 0.9% раствором NaCl, метоклопрамид.

12.05.2019. в 17:56 больной потерял сознание и упал. При осмотре: больной лежит на полу в палате в луже рвоты по типу кофейной гущи, признаки жизни отсутствуют, начаты реанимационные мероприятия. При санации трахеобронхиального дерева эвакуировалось в незначительном количестве желудочное содержимое. Сердечно-легочная реанимация в условиях ОАР в течение 30 мин без эффекта. В 18:35 констатирована биологическая смерть.

Аутопсия первоначально проводилась врачом-патологоанатомом с присутствием лечащих врачей. Однако в ходе исследования в связи затруднением дифференциальной диагностики обнаруженных кровоизлияний в органах брюшной полости между «тривиальной закрытой травмой живота?» и «геморрагическим синдромом, обусловленным приемом антикоагулянта?» была приостановлена. В дальнейшем по согласованию с руководством и следственными органами аутопсия была возобновлена и произведена уже в рамках комиссионного судебно-медицинского исследования.

При секционном исследовании трупа, кроме макроскопических признаков отека головного мозга и легких, аспирации дыхательных путей рвотными массами, были обнаружены темно-красные кровоизлияния в стенку (субсерозные, мышечные, субмукозные, мукозные) и брыжейку тощей кишки, ворота селезенки, жировую клетчатку забрюшинного пространства в проекции верхнего полюса левой почки и головки поджелудочной железы, темно-красные субсерозные кровоизлияния в области слепой, подвздошной кишки и желчного пузыря, происхождение которых связано с повышением проницаемости капилляров. Закрытая травма живота специалистами была исключена.

Гистологическая картина. *Стенка тонкой кишки:* стенка кишки с гематомой, отслаивающей слизистую и пропитывающей мышечные слои стенки, с лизисом эритроцитов, формированием нитей фибрина, с наличием выраженной лейкоцитарной инфильтрации. Слизистая с очаговым геморрагическим пропитыванием собственной пластинки, с очаговым некрозом.

Судебно-медицинский диагноз. Основное заболевание. Приобретенный комбинированный порок сердца: недостаточность аортального клапана, недостаточность митрального клапана. Операция протезирования аортального и митрального клапанов механическим протезами в 2007 г. Осложнения. Геморрагический синдром, обусловленный приемом антикоагулянтов непрямого действия (варфарин): спонтанные темно-красные кровоиз-

лияния в стенку (субсерозные, мышечные, субмукозные, мукозные) и брыжейку тощей кишки, ворота селезенки, жировую клетчатку забрюшинного пространства в проекции верхнего полюса левой почки и головки поджелудочной железы, темно-красные субсерозные кровоизлияния в области слепой, подвздошной кишки и желчного пузыря. Парез желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия. Потеря сознания и рвота (по клиническим признакам). Аспирация дыхательных путей рвотными массами. Отек легких и головного мозга. Острая легочно-сердечная недостаточность. *Сопутствующие заболевания.* Атеросклероз аорты, артерий головного мозга (2-я степень, II стадия). Хронический простатит. Хронический индуративный панкреатит. Хронический дуроденит. Сахарный диабет 2-го типа. *Сопутствующие повреждения.* Кровоподтеки в левой подреберной области живота, правого плеча и правого колена. Ссадины в лобной области слева, области носа, левой глазничной области, левой дельтовидной области, левого локтя, в левой боковой области живота в проекции гребня левой подвздошной кости.

Данный летальный случай из практики у пациента с искусственными клапанами сердца, в ходе клинико-анатомического и танатогенетического [5,6] анализов наглядно показал, что геморрагический синдром, обусловленный бесконтрольным приемом варфарина, явился причиной у больного спонтанных кровоизлияний в органы брюшной полости и забрюшинного пространства с возникновением выраженного абдоминального болевого синдрома, усложнившего его дифференциальную диагностику.

Таким образом, при передозировке или длительном использовании антикоагулянтов непрямого действия у пациентов с искусственными клапанами сердца последние могут вызывать кровотечения, связанные не только с изменением свертыва-

вания крови, но и с повышением проницаемости капилляров [3,4].

Данный клинический случай демонстрирует необходимость междисциплинарного обмена мнениями и знаниями. В частности, терапевты должны быть ориентированы в клинике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а хирурги должны знать атипичное течение «нехирургических» заболеваний, дающих клиническую картину, сходную с картиной «острого живота». Дискуссионный формат обсуждения смежных клинических тем, с разбором примеров, с представлением актуальных клинических руководств может стать хорошим способом повышения квалификации врача, в особенности молодых специалистов.

Литература

1. Крылов А. А. и др. Неотложная гастроэнтерология // М.: Медицина. — 1988. — С. 263. [Krylov A. A. et al. Emergency gastroenterology // M.: Medicine. — 1988. — P. 263. In Russian].
2. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision (ICD-10). WHO; 2020. URL: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#!/IX>.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства // М.: Медицина - 2010. — С. 477-479. [Mashkovsky M.D. Medicines // M.: Medicine - 2010. - P. 477-479. In Russian].
4. Эллихорн Дж. М. Медицинская токсикология: диагностика и лечение отравлений у человека // М.: Медицина. — 2003. — Т. 2. — С. 1029. [Ellenhorn J. M. Medical toxicology: diagnosis and treatment of poisoning in humans // M.: Medicine. - 2003. — V. 2. — P. 1029. In Russian].
5. Джувалыков П. Г. и др. Обобщение исследований по проблеме установления темпа смерти по морфологическим данным // Актуальные вопросы современной медицины. — 2017. — С. 44-46. [Dzhuvalyakov P.G. et al. Generalization of studies on the problem of establishing the rate of death according to morphological data // Actual problems of modern medicine. — 2017. — P. 44-46. In Russian].
6. Путинцев В. А., Богомолов Д. В., Сундуков Д. В. Морфологические признаки различных темпов наступления смерти // Общая реаниматология. — 2018. — Т. 14. — №. 4. [Putintsev V. A., Bogomolov D. V., Sundukov D. V. Morphological signs of different rates of death // General resuscitation. — 2018. — T. 14. — № 4. In Russian].