

ТРУДНО ДИАГНОСТИРУЕМОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ГЛОТКИ

Каф. оториноларингологии (зав. – засл. деятель науки и техники Украины, проф. С.К. Боечко) фак-та интернатуры и последиплом. образования Донец. гос. мед. ун-та им. М. Горького; гор. больница №1 г. Макеевки (гл. врач – И.А. Пеший)

Кровотечения из глотки могут быть результатом травм, наличия варикозно расширенных вен на задних нёбных дужках, изъязвлений или распадающихся опухолей (М.А. Шустер и соавт., 1989). При этом особое значение имеют этиологические факторы, состояние реактивности организма и механизмы развития кровотечения.

Дифференциальная диагностика при кровотечениях из глотки должна быть направлена на выявление их источника, а также заболевания, обусловившего кровотечение, от чего зависит дальнейшая лечебная тактика (Г.С. Протасевич, 2004).

Причина кровотечения обычно легко устанавливается при фарингоскопии. В доступной нам литературе не удалось встретить описания случая, когда диагностика кровотечения из глотки вызывала затруднения.

Приводим наше наблюдение.

Больная С., 63 лет, поступила в хирургическое отделение 04.05.2007 г. в 13 ч 40 мин с жалобами на умеренную общую слабость, двукратную рвоту кровью со сгустками, боли в эпигастральной области.

Пациентка считает себя больной в течение 5 ч, когда внезапно на фоне повышения кровяного давления до 170/100 мм рт. ст. и фебрильной (до 38°C) температуры тела после некоторого продромального периода началось кровотечение из носа и глотки. Ранее она у отоларинголога не лечилась и подобных явлений не отмечала; язвенной болезнью не страдает.

При поступлении состояние пациентки было средней тяжести, АД – 130/80 мм рт. ст., пульс – 90 в 1 мин. В общем анализе крови от 04.05.2007 г.: эр. – 3,7 Т/л, Нб – 122 г/л. ЭКГ от 04.05.2007 г.: признаки ги-

пертрофии левого желудочка и блокады ПНПГ.

04.05.2007 г. произведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС): слизистая оболочка пищевода бледно-розового цвета, определяется затекание алой крови из вышележащих отделов пищевода. Воспалительных явлений в желудке не выявлено. Имеется сгусток крови и нити фибрина на его нижней стенке. В просвете двенадцатиперстной кишки – чёрный сгусток, слизистая оболочка её гиперемирована. Заключение: острая стрессовая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, кровотечение.

Назначено лечение: физраствор – 400 мл, 5% раствор глюкозы – 200 мл, дицинон – в/м 2 р/д, этамзилат – в/м 2 р/д, викасол – в/м 2 р/д, 5% аминокaproновая кислота – 100 мл, дибазол – в/м, магния сульфат – в/м, витамин В12 – в/м 1 р/д. Несмотря на проводимую терапию, состояние больной ухудшалось и к вечеру стало оцениваться как тяжёлое.

Общий анализ крови от 05.05.2007 г.: эр. – 3,5 Т/л, Нб – 113 г/л, ц.п. – 0,98; л. – 12,8 Г/л; э. – 1%; н.: п – 8%, с. – 73%; лимф. – 14%, мон. – 4%, СОЭ – 15 мм/ч; свёртываемость по Сухареву – 2'40"-4'30", длительность кровотечения по Дукке – 1'50". Группа крови – А(II) Rh+ (положительная). Анализы мочи – без патологии. Коагулограмма от 05.05.2007 г.: протромбиновое время – 14", протромбиновый индекс – 110%, время рекальцификации – 52", толерантность к гепарину – 6'41", фибриноген – 529 мг %, тромботест – VI ст.

Показатели крови в динамике постепенно ухудшались. Общий анализ крови от 06.05.2007 г.: эр. – 3,4 Т/л, Нб – 109 г/л, а от 07.05.2007 г.: эр. – 3,1 Т/л, Нб – 100 г/л.

Кровотечение повторилось 06.05.2007 г. в 14.30 ч. В это время АД у больной повысилось до 200/100 мм рт. ст., пульс был 100 в 1 мин. Пациентке были назначены внутрь каптопрес, индопрес и аспаркам.

Лечащим врачом было принято решение провести повторную ФГДС: больная постоянно сплёвывает слизь и кровь. В верхней трети пищевода определяется свежая кровь, которая стекает с вышележащих отделов, являющихся «слепой» зоной для эндоскопа. В полости желудка выявлено 80 мл тёмно-вишнёвой крови (очевидно, проглоченной). На стенке луковицы 12-перстной кишки видны следы «кофейной гущи». Язва (?) прикрыта крупным сгустком чёрного цвета. Заключение: острое рецидивирующее кровотечение из верхних отделов ротовой части глотки.

После осмотра пациентки профессором кафедры хирургии и консилиума решено повторно вызвать на консультацию отоларинголога для исключения носового кровотечения.

При осмотре 06.05.2007 г. в 15 ч 30 мин носовое дыхание было свободное, в преддверии носа и носовых ходах слева имелись следы свежей крови и сгустки. Слизистая оболочка полости носа – без особенностей. Источник кровотечения не обнаружен. Слизистая оболочка глотки – бледно-розового цвета, нёбные миндалины прикрыты передними нёбными дужками и из-за выраженного рвотного рефлекса и массивного языка осмотру практически были недоступны. Задняя стенка ротовой части глотки – без особенностей, затекания крови из носовой части глотки не обнаружено.

Во время осмотра обследуемая вела себя беспокойно, постоянно сплёвывала кровь и с помощью салфетки снимала нити фибрина и сгустки крови с языка. Было обращено внимание на то, что кровь – чистая, а кровотечение спровоцировано беспокойным поведением больной. При выполнении непрямой ларингоскопии в левом грушевидном кармане выявлено «озеро» крови, источник которой мог находиться в верхних отделах пищевода. Однако неожиданно бы-

ло обнаружено практически непрерывное стекание свежей тёмной крови по задней нёбной дужке из ротовой части глотки. При более тщательном осмотре левой нёбной миндалины после аппликационной анестезии лидокаином и смещения передней нёбной дужки кнаружи с помощью изогнутого зажима Кохера определен источник кровотечения. Им оказался сосуд диаметром до 1 мм, располагающийся поверхностно на свободной поверхности средней трети миндалины у задней нёбной дужки. Обнаруженный сосуд на 5 мин был прижат марлевым шариком, пропитанным раствором аминокaproновой кислоты, а затем туширован солковагином. Кровотечение больше не возобновилось.

При осмотре через сутки указанная область левой нёбной миндалины прикрыта нежным фибриновым налётом. В последующие дни кровотечение не повторялось.

14.05.2007 г. пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана домой.

При осмотре через 3 нед жалоб она не предъявляла, фарингоскопия – без особенностей.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с необычной локализацией кровоточащего сосуда, который был обнаружен не сразу. При этом кровотечение из глотки симулировало носовое и желудочно-кишечное. Клиническое течение болезни не позволило своевременно диагностировать источник кровотечения. Возможно, это было связано с аномалией или эрозией поверхностного сосуда нёбной миндалины, склеротическими изменениями его стенки, а также гипертонической болезнью и перенесенной накануне острой респираторной вирусной инфекцией.

1. Шустер М.А., Калина В.О., Чумаков Ф.И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989. – С. 111-114.
2. Протасевич Г.С. Кровотечение из горла (кровохарканье) // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии / Под ред. Ю.В. Митина. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 115-123.

Поступила в редакцию 12.06.07.

© В.Н. Гинькут, А.А. Лебедев, 2007