

2. Своевременная диагностика конверсионной афонии приведет к исключению необоснованной временной нетрудоспособности на оториноларингологическом приеме.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10): Краткий вариант. — Минск: Асар, 2001. — 400 с.
2. *Самохвалов, В. П.* Психиатрия: учеб. пособие / В. П. Самохвалов. — Ростов н/Д: Феникс, 2002. — 576 с.
3. *Однокозов, И. А.* Афония в практике оториноларинголога и фониатра / И. А. Однокозов // Актуальные проблемы медицины Гомельской области: матер. науч.-практ. конф., 7 окт. 2011 г. / УГОКБ; под общ. ред. А. И. Касима, А. А. Литвина. — Гомель, 2011. — С. 78–81.

УДК 616.36-004.7

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

*Октысюк Т. Н., Молодой Е. Г.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Г. Шебушев*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Билиарный цирроз печени (ЦП) — хроническое диффузное заболевание печени, характеризующееся нарушением ее нормального строения в результате некроза и уменьшения массы гепатоцитов, развития фиброза и узлов регенерации. ЦП приводит к возникновению клинически важных симптомов — печеночной недостаточности (нарушение дезинтоксикационной, белково-синтетической и других функций печени) и портальной гипертензии. Последняя обусловлена нарушением оттока крови из печени, поступающей в нее из органов брюшной полости через портальную систему [1].

Гемодинамические нарушения при ЦП, лежат в основе развития ряда его осложнений: синдрома гипонатриемии, спонтанного бактериального перитонита, гепатопульмонального синдрома, а также гепаторенального синдрома, влияющих на прогноз заболевания [2].

#### *Цель*

Анализ особенностей течения клинического случая декомпенсированного ЦП с портальной гипертензией, осложненного гепаторенальным синдромом.

#### *Материал и методы исследования*

Исследование проводилось на базе хирургического отделения областного гепатологического центра ГУЗ «ГОСКБ».

В качестве материалов для исследования послужили выписки из истории болезни, результаты лабораторных-инструментальных исследований, протоколы оперативных вмешательств и результаты консультаций смежных специалистов.

#### *Результаты исследования и их обсуждение*

Пациентка М., 53 года, 05.09.2017 г. поступила в ХО ГУЗ «ГОСКБ» экстренно с кровотечением из ВРВ пищевода.

На момент осмотра предъявляла жалобы на слабость, одышку, тошноту, внезапную рвоту кровью со сгустками, острые боли в правом подреберье и увеличение живота в объеме.

Из анамнеза: болеет около 7 лет, когда впервые появились жалобы на кожный зуд, изменение цвета мочи, повышенную утомляемость, иктеричность склер и кожных покровов, а также чувство распираания в животе. В 2010 г. был выставлен диагноз: цирроз печени неуточненной этиологии в стадии субкомпенсации. Периодически госпитализировалась в связи с осложнениями основного заболевания в виде кровотечений из ВРВ пищевода. В мае 2017 г. с указанными жалобами была госпитализирована в хирургическое отделение, где проходила курс лечения по поводу цирроза печени, осложненного асцитом и портальной гипертензией. Проводимое лечение без значимого эффекта.

В сентябре 2017 г. обратилась за медицинской помощью повторно, в связи с слабостью, субфебрилитетом, отеками нижних конечностей и усилением желтухи. Состояние ухудшилось за счет прогрессирования портальной гипертензии и вновь открывшимся кровотечением из ВРВ пищевода. После проведения первичного обследования и гемостаза был выставлен предварительный диагноз: «Декомпенсированный цирроз печени не вирусной этиологии, класс тяжести «С» по Child-Pugh. Синдром портальной гипертензии: ВРВ пищевода 3 ст., спленомегалия, асцит. Порто-системная энцефалопатия 2–3 ст. Печеночно-клеточная недостаточность».

В октябре 2017 г. общее состояние стало крайне тяжелым. Кожные покровы и видимые слизистые желтушного оттенка. Слизистые оболочки и склеры иктеричные. Дыхание в легких везикулярное. Частота дыхания 19/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, пульс 80 уд/мин. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Живот умеренно увеличен за счет асцита, не напряжен, отмечается притупление перкуторного звука. В околопупочной области пластинчатые внутрикожные гематомы. Пальпаторно мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову 16×15×13 см, край на 2 см ниже правой реберной дуги. Селезенка на 2 см выступает из-под левой реберной дуги, увеличена. Стула не было. Отмечалась олигурия, моча цвета темного пива.

Анализ данных инструментально-лабораторных методов исследования показал значительные изменения, свидетельствующие о неблагоприятном прогнозе.

В ОАК отмечается постгеморрагическая анемия, лейкоцитоз. В сыворотке крови наблюдается увеличение аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ) в 3 раза; повышение фермента ЩФ в 5 раз, а также гиперхолестеринемия, дислипидемия и гипербилирубинемия (685,5 мкмоль/л). Уровень креатинина повысился до 679 мкмоль/л. В ОАМ отмечаются микрогематурия, гипопротеинурия и изменения прозрачности и цвета. В коагулограмме протромбиновый индекс составил 23.

Результат на вирусные гепатиты (НСV, НbsAg) и ВИЧ-инфекцию отрицательный.

Эндоскопическая картина подтверждает повторные кровотечения из ВРВ пищевода и несостоятельный гемостаз.

УЗИ-картина ОБП отражает наличие цирроза печени, гепатоспленомегалии, лимфаденопатии ворот печени и асцита. Обнаружены признаки хронического калькулезного холецистита. Киста хвоста поджелудочной железы. Простая киста левой почки.

На основании жалоб пациентки, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, данных объективного осмотра, инструментально-лабораторных методов исследования выставлен диагноз: «Декомпенсированный цирроз печени не вирусной этиологии, класс тяжести «С» по Child-Pugh. Синдром портальной гипертензии: ВРВ пищевода 3 ст. Асцит. Порто-системная энцефалопатия 2-3 стадии. Печеночно-клеточная недостаточность. Киста левой почки. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит вне обострения. Синдром гиперспленизма».

Проводилась инфузионная терапия, антибиотикотерапия, терапия лактулозой, урсофальком, преднизолоном, альбумином, пропранололом, фамотидином.

Несмотря на проводимое лечение, состояние пациентки оставалось крайне тяжелым, 19 октября развилось нарушение сознания (дезориентация, галлюцинации, психомоторное возбуждение), в связи с чем пациентка была переведена в реанимационное отделение, 20 октября в 16:40 произошла внезапная остановка сердечной деятельности, реанимационными мероприятиями оказались неэффективными, в 17:55 констатирована биологическая смерть.

Посмертный диагноз основной: «Цирроз печени не вирусной этиологии, класс тяжести «С» по Child-Pugh с синдромами портальной гипертензии, печеночно-клеточной недостаточности, холестаза. Осложнения: недостаточность кровообращения 2Б, асцит. гепаторенальный синдром 2 типа». Посмертный диагноз сопутствующий: печеночная энцефалопатия 2–3 ст., острый токсический делирий.

При вскрытии была установлена непосредственно причина смерти: прогрессирующая печеночно-клеточная недостаточность в результате цирроза печени. Таким образом, пациент погиб от развившегося осложнения — гепаторенального синдрома на фоне основного заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гепаторенальный синдром: диагностика, лечение / Е. В. Митина [и др.] // Земский врач — 2010. — № 2. — С. 34.
2. Трудности и новые достижения в диагностике, профилактике и лечении гепаторенального синдрома / Т. С. Поликарпова [и др.] // Земский врач. — 2013. — № 1. — С. 84.