

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Киселёва В.Ю.<sup>2</sup>, Адилев Р.Р.<sup>3</sup>, Сабирзянов Д.Р.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - Доктор медицинских наук, профессор  
кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, Ижевская  
государственная медицинская академия

<sup>2</sup>Киселёва Валентина Юрьевна - студент, Ижевская государственная  
медицинская академия

<sup>3</sup>Адилев Рафаэль Русланович - студент, Ижевская государственная  
медицинская академия

<sup>4</sup>Сабирзянов Динар Рамилевич - студент, Ижевская государственная  
медицинская академия

Ижевск, Российская Федерация

**Аннотация:** в статье представлен клинический пример цирроза печени смешанной этиологии, раскрыты современные методы диагностики и лечения. С описанием особенностей выявления основных симптомов и данных анамнеза для обоснования диагноза.

**Ключевые слова:** цирроз печени, этиология, диагностика, лечение, синдромы.

## CLINICAL CASE OF LIVER CIRROSIS

Styazhkina S.N.<sup>1</sup>, Kiseleva V.Yu.<sup>2</sup>, Adilov R.R.<sup>3</sup>, Sabirzyanov D.R.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the  
Department of Faculty Surgery with a course of urology, Izhevsk State Medical  
Academy

<sup>2</sup>Kiseleva Valentina Yurievna - student, Izhevsk State Medical Academy

<sup>3</sup>Adilov Rafael Ruslanovich - student, Izhevsk State Medical Academy

<sup>4</sup>Sabirzyanov Dinar Ramilevich - student, Izhevsk State Medical Academy

Izhevsk, Russian Federation

**Abstract:** the article presents a clinical example of liver cirrhosis of mixed etiology, discloses modern methods of diagnosis and treatment. With a description of the features of identifying the main symptoms and anamnesis data to substantiate the diagnosis.



**Keywords:** *cirrhosis of the liver, etiology, diagnosis, treatment, syndromes.*

УДК 616.36-004.4

**Актуальность:**

**Цирроз печени** – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов регенерации. Цирроз печени представляет собой финальную стадию ряда хронических заболеваний печени (определение ВОЗ).

Настоящие цифры распространённости цирроза печени на территории Российской Федерации плохо изучены. Однако, в большинстве случаев Цирроз печени проявляется на далеко зашедших стадиях поражения печени. Одной из главных причин возникновения цирроза печени составляют: интоксикация алкогольными продуктами, вирусные гепатиты, метаболические нарушения, заболевания желчных путей.

Развитие необратимых изменений при циррозе обусловлено диффузным поражением паренхимы печени длительным воздействием повреждающего фактора, преобладанием синтеза коллагена над его распадом. Пусковым моментом в патогенезе цирроза печени считают повреждение гепатоцитов в результате воздействия различных этиологических факторов. Некроз гепатоцитов и воспалительная реакция стимулируют избыточный фибропластический процесс – образуются соединительнотканые септы, соединяющие центральные вены с портальными трактами и фрагментирующие печеночные дольки на ложные дольки. Принято считать, что основную роль в фиброгенезе играют перисинусоидальные клетки печени (Клетки Ито). По содержащимся в септах сосудам проходит сброс крови из центральной вены в систему печеночных вен, в обход паренхимы органа. Это приводит к ишемии и некрозу гепатоцитов. Продукты распада гепатоцитов стимулируют регенераторные процессы, что приводит к формированию узлов регенерации, сдавливающих сосуды и усугубляющих нарушения кровоснабжения. В развитии портальной гипертензии имеет значение сдавление разветвлений воротной вены узлами регенерирующих гепатоцитов или разросшейся фиброзной тканью [2].



Объективно можно обнаружить симптомы, характерные для заболеваний печени – «печеночные знаки», желтуху, энцефалопатию, гинекомастию, венозные коллатерали на передней брюшной стенке [1].

Печеночно-клеточная функция при циррозе печени оценивается по Чайлду. Данные лабораторных методов исследования зависят от степени активности процесса [1].

Биопсия печени - «золотой стандарт» диагностики циррозов печени. Дополнительно используют инструментальные методы такие как: УЗИ, радионуклидное сканирование, ангиографические исследования.

Цель работы: изучить, проанализировать клинический случай течения цирроза печени смешанной этиологии и выделить симптомы заболевания, которые характеризуют его проявление и подведут к правильной постановке диагноза

Материалы и методы: история болезни больного, проанализировав и изучив содержание которой были выделены лабораторно – инструментальная диагностика и методы как оперативного, так и медикаментозного лечения

### **Анализ обзор клинического случая**

Место жительства г. Ижевск

Дата поступления в стационар: 16.11.2020

Диагноз при поступлении: Желудочно-кишечное кровотечение

Диагноз клинический: Цирроз печени смешанной этиологии (HCV+ алкогольный). Класс С по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия, стадия декомпенсации. Варикозное расширение вен пищевода и желудка 3ст, осложненное кровотечением. Спленомегалия, гиперспленизм, гепатомегалия.

Пациент N, 46 лет, экстренно доставлен в РКБ № 1 бригадой СМП в первые 6 часов после начала заболевания. Предъявлял жалобы на общую слабость, многократную рвоту кровью, черный кал. Считает себя больным около 2 дней, когда появилась общая слабость, за медицинской помощью не обращался. С течением времени состояние ухудшалось, появились рвота кровью, черный кал.



16.11.20. вызвал БСМП, доставлен в приемный покой дежурной хирургии, где был осмотрен и госпитализирован в хирургическое отделение.

Общий осмотр при поступлении: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное на каталке. Кожные покровы и склеры бледного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 130/80 мм рт.ст, пульс- 72 уд./мин. Язык влажный, налета нет. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, не увеличена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются. Опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируются. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Грудные железы, лимфатические узлы б/о. Щитовидная железа не пальпируется. Прием НС и ПВ отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Туберкулез, ВИЧ, сахарный диабет и онкопатологию отрицает. В 2015 году переболел гепатитом С.

#### **Лабораторно- инструментальная диагностика:**

Клинический анализ крови: снижение количество гемоглобина и эритроцитов, лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Биохимический анализ крови: уменьшение содержания в крови общего белка и альбуминов. Повышение в сыворотке крови АЛТ и АСТ. Увеличение в крови ЛДГ. Так же повышено содержание общего билирубина. Общий белок - 50 г/л, альбумины видеогастроскопия: Варикозное расширение вен пищевода 3 стадии. Продолжающееся кровотечение с ВРВП. Очаговый гастрит. Дуоденит, Ультразвуковая диагностика: признаки острого изменения печени по типу цирроза, портальная гипертензия, спленомегалия, ЖКБ.

Клинический анализ был поставлен на основании: общего осмотра (общая слабость, многократная рвота кровью, черный кал), лабораторных данных (анемия, повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина), инструментальных исследованиях (УЗИ признаки цирроза печени) был поставлен диагноз: Цирроз печени смешанной этиологии (НСV+ алкогольный). Класс С по Чайлд-Пью.



Портальная гипертензия, стадия декомпенсации. Варикозное расширение вен пищевода и желудка 3ст, осложненное кровотечением. Спленомегалия, гиперспленизм, гепатомегалия.

За время нахождения в стационаре проведено следующее лечение: Консервативная терапия: инфузионная терапия, транексамовая кислота, этамзилат натрия, омепразол, октреотид, реместил, гемотрансфузии Эритроцитарной массы, свежезамороженная плазма, аминокпроновая кислота. Зонд Блекмора( для остановки пищеводного кровотечения) В ходе анализа клинического случая было выявлено ряд синдромов: анемический ( общая слабость, снижение количества эритроцитов и гемоглобина) , цитолиза ( повышение в крови уровней АЛТ и АСТ, ЛДГ, билирубина), синдром мезенхиального воспаления (ускорение СОЭ, лейкоцитоз).

Исследования биопсии печени не проводили т.к. была явная картина цирроза печени.

### **Вывод**

Цирроз печени – одна из наиболее опасных проблем мирового здравоохранения. Согласно современным исследованиям, количество больных с циррозом печени неуклонно растет. В ходе исследования клинического случая было выявлено, что развитие синдромов у пациента с циррозом печени могло произойти на фоне употребления больших доз алкоголя и имевшегося в анамнезе вирусного гепатита.

Одной из главных нерешенных проблем цирроза печени является трудность диагностики, так как явная симптоматика проявляется на поздних стадиях. Несмотря на то, что цирроз печени – достаточно тяжелое заболевание с частым летальным исходом, однако с ним можно бороться. При этом благоприятный итог по большей степени зависит от своевременно поставленного диагноза и от правильно выбранной лечебной тактики

### ***Список литературы***

1. Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии 2016.



2. А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. Внутренние болезни 2 том 2002г.

