

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



ЗБІРНИК ТЕЗ

ТА ПОСТЕРНИХ РОБІТ

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ
НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ»**

(березень-травень 2023 року)

ХАРКІВ – 2023

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ЗБІРНИК ТЕЗ
ТА ПОСТЕРНИХ РОБІТ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ
НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ»**

(березень-травень 2023 року)

ХАРКІВ – 2023

УДК: 616.1/4-07-085

Відповідальний редактор: М'ясоєдов В.В., Железнякова Н.М.

Редакційна колегія: Молодан В.І., Рождественська А.О.

Відповідальні секретарі: Рождественська А.О., Тверезовська І.І.

Ідея проекту: Молодан В.І.

A33 «Актуальні питання діагностики та лікування внутрішніх хвороб на прикладі клінічного випадку» / збірник тез та постерних робіт, Харків ХНМУ, 2023. – 141 с.

До збірника включено тези і постери молодих вчених та лікарів-інтернів за результатами власних клінічних спостережень.

Надіслані до Оргкомітету матеріали публікуються без редакторської та коректорської правки, відповідальність за їх зміст несуть автори.

ПЕЧІНКОВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ТОКСИЧНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА

Рожественська А.О., Железнякова Н.М.

Харківський національний медичний університет,

Кафедра внутрішньої медицини №1, м.Харків

Актуальність: Печінкова енцефалопатія є серйозним і потенційно життєво небезпечним ускладненням токсичного цирозу печінки. Даний стан може розвиватися поступово, прогресуючи в залежності від стадії цирозу печінки, може призводити до інвалідності та смерті пацієнта. Рання діагностика патології та застосування сучасних методів лікування можуть допомогти зупинити прогресування та контролювати симптоми печінкової енцефалопатії.

Мета: виявити особливості перебігу печінкової енцефалопатії як наслідку токсичного цирозу печінки на прикладі клінічного випадку.

Клінічний випадок: Пацієнтка Н., 44 роки. Скарги: на пожовтіння шкірних покривів без зуду, здуття живота, дискомфорт у верхніх і нижніх відділах живота, праворуч, чітко пов'язані з їжею, які залежать від зміни положення тіла і дефекації, гіркоту в роті, зниження апетиту, виражену слабкість і втому, запор, біль у м'язах. Анамнез: Вважає себе хворою близько 2 місяців, коли після перенесеної кишкової інфекції вперше з'явилися вищевказані скарги. Звернулася до терапевта, виключені вірусні гепатити (маркери гепат. А, В, С негат.), ФГДС – ознаки гастродуоденіту. Проходила лікування з приводу хрон. алкогольного гепатиту, портальної гіпертензії, асцити. Останні дні самопочуття погіршилося: посилилася жовтяниця, збільшився живіт, біль у м'язах. Алкоголь – зловживання заперечує, при розпитуванні родичів та друзів зловживання алкоголю підтверджується. Об'єктивні дані: Загальний стан пацієнтки тяжкий. Свідомість – на питання відповідає, забуває події, що нещодавно відбулися, емоційно лабільна. Положення пасивне, обмеження у рухах, пов'язані зі слабкістю. Статура нормостенічна. Підшкірно-жирова клітковина розвинена слабо. Шкіра та видимі слизові вологі, блідо-жовтушні,

склери жовтяничні. Кістково-м'язова система – м'язи атрофічні. Межі відносної серцевої тупості не розширено, тони серця ясні, діяльність ритмічна. ЧСС = пульс = 90 уд/хв. АТ = 110/75 мм рт.ст. Язик рожевий, вологий, біля кореня обкладений білим нальотом. Живіт збільшений за рахунок асцити, симетричний, бере участь в акті дихання, болісний при пальпації в епігастрії. Печінка збільшена, виступає з-під краю реберної дуги на 5-6 см, 16:12:11 см по Курлову, селезінка не пальпується, кишечник здутий Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні випорожнення – без особливостей. набряклість ніг до коліна. ШОЕ – 37 мм/год, АСТ – 154 Од/л, АЛТ – 55 Од/л, заг.білірубін – 98,4 мкмоль/л (прям. – 66,3 мкмоль/л), СРП – 96 мг/л, заг. білок – 45 г/л, альбуміни – 30,2%. КТ голови – ознаки дифузного атрофічного процесу, переважно коркового типу. КТ ОЧП – ознаки цирозу печінки, асцити, портальної гіпертензії, холециститу та біліарного сладжу. **Діагноз:** Цироз печінки токсичної етіології, швидкопрогресуючий, декомпенсований – Child C. із синдромами холестази, цитолізу та імунного запалення. Портальна гіпертензія 3 ст. Печінкова енцефалопатія 1-2 ст. Асцит. Некалькульозний холецистит у фазі нестійкої ремісії, біліарний сладж. Проведено лікування: дексаметазон, гептрал, ларнамін, урсофальк, верошпірон, трифас, спіронолактон, альфа-нормікс, дуфалак, цефтріаксон, кларитроміцин, омепразол. Після проведеного лікування стан когнітивних функцій пацієнтки покращився, зменшилася слабкість, покращилися показники печінкових проб, знизилася показники запалення, зменшилися жовтяниця, асцит та прояви печінкової енцефалопатії. Рекомендована консультація щодо трансплантації печінки.

Висновки: Звернення за медичною допомогою на ранніх стадіях печінкової енцефалопатії є важливим для успішного лікування, зменшення вираженості симптомів когнітивної дисфункції та зупинення прогресування печінкової енцефалопатії.