**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №7,8

Тема№7: **Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и**

**профилактика цирроза печени.**

**Тема №8: Ведение больных с циррозом печени.**

по дисциплине: **«Внутренние болезни 2 »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560002) Педиатрия**

Составитель:зав.каф. Садыкова А.А.,преподаватель Исмаилова Ф.У.

Ош – 2019

**Тема практического занятия №7:** «**Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика цирроза печени**». (50мин) **Тема №8: Ведение больных с циррозом печени. (50мин)**

**План занятия №7:**

1. Определение цирроза печени. Статистические данные.

2. Этиология и патогенез ЦП.

3. Классификация ЦП.

4. Клиника ЦП: симптоматология. Характеристика основных клинических синдромов.

5. Клинико-лабораторные обследования при ЦП.

6. Дифференциальная диагностика некоторых форм ЦП.

7. Тактика лечения.

8. Осложнения и профилактика ЦП.

**План занятия №8:**

* 1. Ознакомление с тактикой ведения больных с циррозом печени в отделении;
  2. Демонстрация практических навыков по чек-листу;
  3. Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

**Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение понятию «цирроз печени».
2. Назовите причины, способствующие развитию ЦП.
3. Уточните статистические данные ЦП.
4. Назовите главный клинический синдром для ЦП.
5. Расскажите патогенез ЦП.
6. Перечислите все клинические симптомы характерные для ЦП.
7. Дайте полную классификацию ЦП.
8. Определите инструментальные обследования, назначаемые пациентам с ЦП.
9. Перечислите лабораторные методы исследования при ЦП.
10. Проведите дифференциальную диагностику ЦП. В зависимости от этиологии.
11. Предложите схему лечения ЦП
12. Назовите осложнения ЦП.
13. Определите профилактические мероприятия, проводимые при ЦП.

**Цель практического занятия:** Научиться распознавать цирроз печени. Научиться составлять план обследования больных с циррозом печени, и проводить дифференциальный диагноз. Научиться составлять план лечения больных с циррозом печени.

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями; * определить уровень логического, клинического мышления; * развивать речь |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности |
| Практический   * решение учебных заданий проблемного характера * выполнение практических действий, заданий | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное * определить уровень клинического (профессионального) мышления; * проверить умение выполнения манипуляции, практического действия. |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Латинский язык  - Биохимия | * Пищеварительная система. * Желчевыделительная система. Печень. * Терминология. * Траснаминазы и ферменты печени. |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин  - Лабораторная диагностика | * Методы обследования пациентов с заболеваниями ЖКТ. * Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями печени, маркеры вирусных гепатитов. Трансаминаз. |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология | * Противовирусные препараты. * Иммунномодуляторы. * Гормональные препараты. * Витамины. * Дезинтоксикационные средства. * Гепатопротекторы. |

**Внутридисциплинарные связи:**

1. Гастриты и ЯБЖ, ДПК.

2. Хронические гепатиты.

3. Заболевания ЖВП, холециститы.

**Уровни усвоения:** 2,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* Правильно собрать анамнез и провести объективное исследование больных с ЦП;
* Обосновать предварительный диагноз;
* Интерпретировать результаты специальных исследований;
* Правильно построить клинический диагноз с использованием современных классификаций;
* Назначить больному индивидуальное лечение в зависимости от заболевания, его фазы;
* Провести экспертизу трудоспособности.

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* Определение, этиологические факторы, особенности патогенеза цирроза печени.
* Классификацию и диагностику ЦП.
* Характерные изменения лабораторных и функциональных проб при ЦП.
* Терапию и профилактику ЦП.

***После изучения темы студент должен владеть навыками*:**

* физикального обследования больного;
* проведения диагностических проб;
* пальпации и перкуссии печени;
* исследования печеночной системы;
* расчета основных и дополнительных показателей печеночных тестов;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1.**  **2.** | ПК14 - способен анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий у детей и подростков для успешной лечебно-профилактической деятельности  **ПК 17** - способен осуществлять детям и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях, направить на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке; | РО 5 – Владеет алгоритмом постановки предварительного, клинического и заключительного диагнозов и методами проведения судебно-медицинской экспертизы.  РО 6 – Умеет выполнять лечебные мероприятия наиболее часто встречающихся заболеваний и оказывать первичную медицнскую помощь при неотложных состояниях у детей и подростков. | **РОд-1:**  **Знает и понимает**:  - Этиологию, патогенез, классификацию, основные симптомы и синдромы заболеваний, рассматриваемых в данном курсе. (ПК-13)  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз изучаемых заболеваний с учетом их течения и осложнения. (ПК-14)  **Умеет** на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - выявить у больного, изучаемые по теме, заболевания; (ПК-13)  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты; (ПК-14)  - произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; (ПК-13)  **РОд-2:**  **Знает и понимает:**  - Критерии диагностики заболеваний, изучаемых на данном курсе;  - Основные принципы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний;  - Меры профилактики заболеваний; (ПК-16)  **Умеет:**  - сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией болезней;  - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики; (ПК-16)  **Владеет**:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии; (ПК-16)  - навыками определения прогноза болезни у конкретного больного; (ПК-17)  расп – навыками оказания первой медицинской помощи при некоторых неотложных состояниях (гипертонические кризы, сердечная астма, первичная остановка кровообращения, приступ бронхиальной астмы); (ПК-17) | **РОт**: Знает и понимает: Этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину цирроза печени.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз цирроза печени с учетом их течения и осложнения.  Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - выявить у больного, симптомы цирроза печени;  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза цирроза печени и интерпретировать полученные результаты;  - сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией цирроза печени;  - произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений;  - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;  Владеет:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;  - навыками определения прогноза цирроза печени у конкретного больного;  - мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности;  – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия №1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы и важные аспекты по теме. | Мозговой штурм:  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов. Дается один вопрос на который ожидается полноценный и четкий ответ. | Обращение внимание студентов к занятию, способность развить клиническое мышление. | Доска с проектором, слайд | 2 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов. | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 7 мин |
| 3 | Изложение новой темы | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыков умения их использовать на практических занятиях | Объяснить, показать и довести до студента новую тему, акцентируя на основных моментах темы. | Усидчивость и внимательность студентов способствует лучшему усвоению темы. | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 4 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и ситуационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач или тестовых вопросов. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции | Перечень ситуационных задач (Прил.2.) | 8 мин |
| 5 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов. Разбор неясных вопросов. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы.  Формиров. пк2,пк17 | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов. Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 3 мин |

Ход занятия №2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурм  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуации  Активизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек - листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель, пикфлоуметр, таблица объемов легких,. лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе  наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).  Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. «Внутренние болезни» Окороков А.Н.

2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

4. Лекционный материал.

**Дополнительная литература:**

1. «Внутренние болезни» Макаревич А.Э.
2. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.
3. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Тестовые задания для контроля исходного уровня знаний**

**Тема: Цирроз печени.**

***Инструкция: Выберите один верный ответ***

1. Печеночные ладони - это:

А. гиперемия в области тенора и гипотенора;

Б. желтизна ладоней;

В. геморрагическая сыпь на ладонях;

Г. гиперкератоз тенора;

Д. гиперпигментация ладоней.

2. Возникновение "сосудистых звездочек" при циррозах печени обусловлено:

А. гиперинсулинемией;

Б. гиперэстрогенемией;

В. гиперальдостеронемией;

Г. гипербилирубинемией;

Д. гипокортицизмом;

3. Расширение подкожных вен передней брюшной стенки при заболева­ниях печени являются признаком:

А. синдрома цитолиза;

Б. синдрома холестаза;

В. синдрома портальной гипертензии;

Г. синдрома гиперспленизма;

Д. синдрома иммунного воспаления.

4. Лабораторными признаками синдрома холестаза являются:

1) гиперхолестеринемия;

2) гипербилирубинемия;

3) гипокалиемия;

4) гипокальциемия;

5) увеличение активности щелочной фосфатазы;

6) увеличение активности А л А Т.

А. Верно: 2, 3, 6. Б. Верно: 2, 3, 4. В. Верно: 1, 2, 4, 5. Г. Верно: 5, 6.

Д. Верно:3, 6.

5. Секреционными ферментами печени являются:

1) 5- нуклеотидаза;

2) холинэстераза;

3) щелочная фосфатаза;

4) псевдохолинэстераза;

5) А с А Т;

6) А л А Т.

А. Верно: 2, 3. Б. Верно: 3, 4, 5, 6. В. Верно: 5, 6. Г. Верно: 2, 4.

Д. Верно:1, 2, 5.

6. Клиническими признаками синдрома портальной гипертензии являются:

1) варикозное расширение вен кардиального отдела пищевода;

2) гепатомегалия;

3) асцит;

4) " голова медузы ";

5) расширение геморроидальных вен;

6) желтуха.

А. Верно: 1, 3, 4, 5. Б. Верно: 1, 2, 4, 6. В. Верно: 1, 4, 6.

Г. Верно: 3, 4, 5, 6. Д. Верно: 1, 2, 3.

7. Экскреционными ферментами печени являются:

1) щелочная фосфатаза;

2) А л А Т;

3) А с А Т;

4) 5- нуклеотидаза;

5) лактатдегидрогеназа;

6) холинэстераза.

А. Верно: 1, 4. Б. Верно: 2, 3. В. Верно: 4, 5. Г. Верно: 4, 6.

Д. Верно: 5, 6.

8. Особенностями пальпаторной характеристики печени при циррозе являются:

А. плотная, бугристая, с острым краем, значительно величенная, безболезненная;

Б. плотно-эластическая, гладкая, край закруглен, величенная, болезненная;

В. деревянистой плотности, резко увеличенная, бугристая, умеренно болезненная.

9. Осложнениями цирроза печени являются все, кроме:

А. рака печени

Б. печеночной комы

В. пищеводно-желудочных кровотечений

Г. жирового гепатоза

10. Признак, позволяющий отличить первичный рак печени от цирроза печени:

А. желтуха

Б. бугристая печень

В. повышение уровня аминотрансфераз

Г. повышение уровня а-фетопротеина

Д. повышение уровня билирубина

**Ситуационные задачи:**

Задача №1

На прием обратился больной С., кочегар, 53 лет, который жалуется на увеличение живота, отеки ног, зуд кожных покровов, желтушность склер. Считает себя больным 2 года, когда впервые появилась желтушность кожи, в связи с чем госпитализировался в инфекционное отделение, где диагноз болезни Боткина не подтвердился, и больной около месяца лечился в терапевтическом стационаре. Другие заболевания отрицает. Питался ранее плохо, курит, регулярно выпивает 1-2 стакана вина в сутки.

Объективно: несколько истощен, кожа желтушна со следами расчесов на груди, ладони ярко-красные, телеангиэктазии на лбу, левой щеке, склеры иктеричны. Над легкими ниже угла лопатки справа притупление перкуторного звука, здесь же дыхание ослаблено. Число дыханий 18 в минуту. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, мягкий. АД - 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Язык красный, в углах рта «заеды», живот увеличен в объеме за счет умеренного асцита, прощупывается селезенка, печень не прощупывается. Страдает наружным геморроем, который появился около года назад.

Вопросы:

1. Выделить основные синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить дополнительные обследования.
4. Назначить лечение.

*Эталон ответа к задаче №1*

1. Желтуха, «малые» печеночные признаки, отечно-асцитический, портальная гипертензия, холестаз, плевральный выпот.
2. Цирроз печени алкогольной этиологии, стадия декомпенсации. Портальная гипертензия II стадия (асцит, варикозное расширение геморроидальных вен).
3. Развернутый общий анализ крови, биохимический скрининг, иммунологические методы (маркеры ВГ, ПЦР), УЗИ печени, ФЭГДС, доплерография, пункционная биопсия печени.
4. Лечебный режим, лечебное питание (5п стол), диета с ограничением белка (0,5 г/кг м.т.) и поваренной соли (менее 2,0 г/сут), пропранолол 10 мг 3-4 раза в день, спиронолактон (верошпирон) внутрь 100 мг в день постоянно, фуросемид 40-80 мг в нед. постоянно и по показаниям, лактулоза 15-30 мл (в среднем) в сутки постоянно и по показаниям, неомицин сульфат или ампициллин 0,5 г 4 раза в день, курс 5 дней каждые 2 месяца.

**Задача №2**

Больной Г., 46 лет, болен в течении 6 месяцев: лихорадка до 380С, ознобы, общая слабость, тошнота, постоянные ноющие боли в правом подреберье, похудел на 15 кг. В прошлом много лет злоупотреблял алкоголем. Поступил в стационар для выяснения причины лихорадки.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы желтушны, склеры иктеричны. Живот несколько увеличен за счет асцита. Пальпируется левая доля печени - плотная, бугристая, в ней пальпируется болезненный узел.

В OAK: Нв 90 г/л, лейк. 20.000 , палочкоядерный сдвиг, СОЭ 80 мм/ч. Билирубин 34 мкмоль/л, общий белок 92 г/л, γ-глобулины 30 %, ACT 80 ед/л, АЛТ 80 ед/л, ГТТП 360 ед/л, ЩФ 460 ед/л. При диагностическом парацентезе получено 2 литра геморрагической жидкости. При УЗИ печени: гепатомегалия за счет увеличения левой доли, в паренхиме левой доли определяется очаговое образование диаметром до 7 см.

Вопросы:

1. Выделить основные синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить дополнительные обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Назначить лечение.

*Эталон ответа к задаче №2*

1. Интоксикационный, абдоминальная боль, желтуха, портальная гипертензия, общевоспалительные изменения крови, анемия, цитолиз, холестаз, гепатомегалия, мезенхимально-воспалительный.
2. Алкогольная болезнь печени. Гепатоцеллюлярная карционома, абсцессовидный вариант.
3. Развернутый общий анализ крови, биохимический скрининг, иммунологические методы (маркеры ВГ, ПЦР), УЗИ печени, АФП-тест, гамма-карбоксипротромбин, пункционная биопсия печени, радионуклидная сцинтиграфия, КТ.
4. Метастатические карциномы печени, доброкачественные опухоли, застойные гепатомегалии, абсцессы печени.
5. Резекция опухоли, при невозможности полихимиотерапия.

**Задача №3**

Больной К., 48 лет поступил в приемный покой терапии с жалобами на ноющие боли в правом подреберье, тошноту, чувство горечи во рту, общую слабость, подъём температуры до субфебрильных цифр. Из анамнеза удалось выяснить, что больной злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы желтушной окраски. «Сосудистые» звездочки на верхней половине туловища. Живот мягкий, пальпируется умеренно болезненный, плотно-эластической консистенции край печени, выступающий на 2 см ниже края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 14х10х9 см. Перкуторные размеры селезенки 10х7 см.

Биохимические анализы: общ. билирубин 40,2 мкмоль/л, прямой 15 мкмоль/л, непрямой 25,2 мкмоль/л, АЛТ 102 Ед/л, АСТ 84 Ед/л, ЩФ 320 ЕД/л, ГГТП 70 Ед/л, ПТИ 70%, общ. белок 70 г/л, альбумины 35%, α1-5%, α2-15%, β-20%, γ-25%.

Вопросы:

1. Выделить основные синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить дополнительные обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Назначить лечение.

*Эталон ответа к задаче №3*

1. Абдоминальная боль, билиарная диспепсия, интоксикационный, желтуха, гепатоспленомегалия, «малые» печеночные признаки, холестаз, цитолиз, мезенхимально-воспалительный.
2. Алкогольная болезнь печени. Алкогольный цирроз печени, стадия компенсации.
3. Развернутый общий анализ крови, биохимический скрининг, иммунологические методы (маркеры ВГ, ПЦР), УЗИ печени, ФЭГДС, доплерография, пункционная биопсия печени.
4. Хронические гепатиты, гемобластозы, с преимущественным поражением печени, первичный и метастатический рак печени.
5. Лечебный режим, полное воздержание от алкоголя, лечебное питание (5п стол), метаболическая и коферментная терапия (эссенциальные фосфолипиды, гептрал, витамины гр. В), устранение симптомов диспепсии: панкреатин (креон, панцитрат, мезим и другие аналоги) 3-4 раза в день перед едой по одной дозе, курс - 2-3 нед, Возможно проведение противовирусной терапии.

**Задача №4**

Больной Ц., 48 лет поступил в терапевтическое отделения для обследования с жалобами на слабость, плохой аппетит, похудание, выпадение волос на теле, тяжесть и вздутие в животе. В анамнезе злоупотребление алкоголем.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы грязно-серого цвета. Тургор снижен. Пониженного питания. На коже плечевого пояса единичные телеангиоэктазии. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 86 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме. Пупок сглажен. На коже живота усилен венозный рису­нок. Печень выходит из-под ребер на 4 см, плотная, бугристая. Селезенка выходит из-под ребер на 3 см, гладкая, плотная.

Во время осмотра в приемном покое у больного появилась рвота алой кровью в большом количестве (до 0,5 л) после чего состояние ухудшилось. Появилась резкая бледность и мраморность кожных покровов, потливость. Сознание спутанное. ЧСС 110 в минуту. АД 90/50 мм рт.ст. Вы врач приемного покоя.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План неотложных мероприятий.
3. Дальнейшая тактика ведения больного.

*Эталон ответа к задаче №4*

1. Алкогольный цирроз печени, стадия декомпенсации (класс С по Child-Pue). Портальная гипертензия III (асцит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода).
2. Экстренный перевод в хирургическое отделение. В случае невозможности экстренного перевода в хирургическое отделение больного госпитализируют в палату интенсивной терапии.

* Медикаментозная терапия проводится одновременно с эндоскопическим гемостазом (эндоскопическая перевязка варикозных узлов, эндоскопическая склеротерапия с помощью этаноламина, полидоканола). Механическая тампонада пищевода с помощью зонда Сенгстейкена-Блейкмора (не более 12-24 ч) применяется, если недоступны другие методы лечения или необходимо время для ожидания более действенного метода лечения, поскольку после снятия зондовой тампонады пищевода рецидив кровотечения наблюдается у половины больных в первые 24 ч.
* Уменьшение кровотока в системе воротной вены:
* Сандостатин (октреотид) (р-р для инъекций амп. 0,05 мг/мл; 0,1 мг/мл; 0,5 мг/мл, 1 мл) в/в капельно непрерывно со скоростью 25 мкг/ч в теч. 48 ч (предпочтительнее в течение 5 сут. для снижения риска раннего рецидива кровотечения)
* Гемостатическая терапия:
* Свежезамороженная плазма
* Викасол (амп. 1%-1 мл) в/в по 6 мл/сут.
* Этамзилат (дицинон) (амп. 12,5%-2 мл) в/в по 4 мл каждые 4-6 часов, а затем по 2 мл каждые 6 часов в течение 3-5 дней
* Аминокапроновая кислота (фл. 5%-100 мл) в/в по 100 мл через каждые 6 ч
* Восстановление объема циркулирующей крови: При введении эритроцитарной массы, раствора альбумина, 5% раствора глюкозы следует стремиться к поддержанию уровня гемоглобина крови 100 г/л и показателей систолического АД 90-100 мм рт. ст., избегая трансфузий слишком больших объемов жидкости, что может усилить кровотечение.

1. Больные, выжившие после первого эпизода кровотечения из ВРВП, нуждаются в профилактическом лечении неселективными бета-адреноблокаторами: Анаприлин (табл. 10 и 40 мг) по 10-20 мг 2 р/сут. или в выполнении эндоскопической перевязки варикозных узлов;

* По возможности гемодинамический эффект применения бета-адреноблокаторов необходимо мониторировать: если не удается достичь снижения градиента давления в печеночных венах на 20% от исходного или менее 12 мм рт. ст. (урежение пульса на 25% от исходного или до частоты 55 уд/мин.), рационально присоединение к бета-адреноблокаторам Изосорбида-5-мононитрата (табл. 20 и 40 мг) по 30-60 мг/сут.;
* Больным, у которых первый эпизод кровотечения из ВРВП развился на фоне приема бета-адреноблокаторов, вторичная профилактика должна быть комплексной и включать наряду с бета-адреноблокаторами также эндоскопическое лигирование варикозных узлов.
* Профилактика печеночной энцефалопатии (лактулоза, сифонные клизмы)
* Профилактика стрессовых язв желудочно-кишечного тракта (блокаторы протонной помпы, Н2-гистаминоблокаторы)
* Профилактика спонтанного бактериального перитонита (цефалоспорины III поколения или фторхинолоны)
* Шунтирующие операции (наложение трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунта) при неэффективности других методов остановки кровотечения или при раннем рецидиве кровотечения.

Краткое содержание темы №1:

Цирроз печени - это хроническое диффузное прогрессирующее полиэтиологическое заболевание, характеризующееся фиброзом и перестройкой нормальной архитектоники печени с образованием узлов-регенератов вследствие некроза гепатоцитов, развитием признаков портальной гипертензии и печеночной недостаточности.

Распространенность цирроза печени в России составляет 20-35 случаев на 100 000 населения. Заболевание чаще встречается у мужчин в возрасте 18-65 лет. Смертность в странах Европы колеблется от 13,2 до 30 случаев на 100 000 населения.

6.2. Этиология

Цирроз печени считается полиэтиологическим заболеванием. Наиболее часто отмечают вирусную и алкогольную природу заболевания, что составляет 75-80 %.

По этиологии различают цирроз печени:

• вирусный: В (+D), С;

• алкогольный;

• лекарственный;

• холестатический (первичный билиарный и вторичный билиарный);

• врожденный (гепатолентикулярная дегенерация - болезнь Вильсона-Коновалова, гемохроматоз, дефицит а1-трипсина, тирозиноз, галактоземия, гликогеноз);

• вследствие нарушения венозного оттока из печени (недостаточность кровообращения, болезнь и синдром Бадда-Киари, конс-триктивный перикардит и т. д.);

• метаболический (наложение обходного тонкокишечного анастомоза, ожирение, тяжелые формы СД);

• аутоиммунный (исход аутоиммунного гепатита);

• криптогенный (цирроз печени неясной этиологии, в том числе индийский детский).

6.3. Патогенез цирроза печени

Развитие необратимых изменений при циррозе обусловлено некрозом гепатоцитов и воспалительной реакцией, сопровождающейся разрушением ретикулярной сети, с последующим фиброзированием, нарушением сосудистого аппарата и фрагментацией сохранившейся паренхимы с появлением крупноили мелкоузловой структуры.

Выделяют морфологическую триаду цирроза печени:

• коллапс (гибель) печеночных долек;

• диффузное образование фиброзных септ;

• появление узлов-регенератов.

По характеру морфологических изменений различают следующие морфологические формы циррозов:

• мелкоузловую, или мелконодулярную (диаметр узлов от 1 до 3 мм);

• крупноузловую, или макронодулярную (диаметр узлов более 3 мм);

• неполную септальную;

• смешанную (при которой наблюдаются различные размеры узлов).

6.4. Клиническая картина цирроза печени

На ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно. Появление клинических симптомов зависит от этиологии, степени активности процесса, нарушения функций печени, выраженности портальной гипертензии и развития осложнений.

Больные часто жалуются на повышенную утомляемость, слабость, дискомфорт в правом подреберье, тошноту, рвоту, метеоризм, похудание, увеличение живота в объеме, бессонницу и дневную сонливость, нарушение половой функции, носовые или ректальные кровотечения, повышение температуры тела, кожный зуд, изменение цвета кожи, кала и мочи, снижение трудоспособности.

Клинические симптомы и синдромы при циррозе печени.

1. **Астеновегетативный синдром:**слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, нервозность, ипохондрия.

2. **Цитолитический синдром:**лихорадка, желтуха, снижение массы тела, печеночный запах изо рта, внепеченочные знаки («печеночные ладони», «печеночный язык», сосудистые звездочки, изменение ногтей, оволосения, гинекомастия и т. д).

3. **Иммуновоспалительный синдром:**лихорадка, артралгии, васку-литы (кожа, легкие), спленомегалия, лимфаденопатия, боли в мышцах, васкулиты (кожа, легкие).

4. **Холестатический синдром:**упорный кожный зуд, желтуха, пигментация кожи, ксантелазмы, лихорадка (при воспалении), потемнение мочи, посветление кала (редко).

5. **Диспептический синдром:**упорное вздутие живота, тяжесть в эпи-гастрии, отрыжка, тошнота, снижение аппетита, анорексия, запоры.

6. **Геморрагический синдром:**носовые кровотечения, кровоточивость десен, кожные геморрагии, геморроидальные кровотечения.

7. **Синдром портальной гипертензии:**клиническая триада - асцит, спленомегалия, открытие портокавальных анастомозов в стенке пищевода, желудка, прямой кишки, передней брюшной стенки («голова медузы») с возможными кровотечениями. Гиперспленизм - анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

8. **Синдром печеночно-клеточной недостаточности:**энцефалопатия (депрессивное состояние с периодами возбуждения и нарушения поведения; инверсия сна: сонливость днем и бессонница ночью; круглосуточная летаргия, сопор, «хлопающий» тремор пальцев рук, дизартрия, появление патологических рефлексов, «печеночный» запах изо рта, кома, арефлексия).

9. **Гепаторенальный синдром:**олигурия, анурия, нарастание асцита, артериальная гипотензия.

6.5. Особенности клинических проявлений при циррозах печени в зависимости от их этиологии

1. Цирроз печени вирусной этиологии (крупноузловой):

• быстрое клинически выраженное прогрессирование;

• напоминает картину острого вирусного гепатита с выраженными явлениями цитолиза и печеночно-клеточной недостаточности;

• в финале болезни присоединение портальной гипертензии.

2. Цирроз печени алкогольной этиологии (мелкоузловой):

• контрактура Дюпюитрена, атрофия яичек, увеличение околоушных желез, атрофия мышц, миопатия, полиневриты, возможны проявления панкреатита;

• небольшое увеличение печени, край ее острый, плотной консистенции, спленомегалия;

• прогрессирование синдрома портальной гипертензии, гипер-спленизм.

3. Билиарные циррозы печени:

• доминирует холестатический синдром;

• всегда значительно увеличенные размеры печени, печень плотная;

• слабо выражен синдром портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности;

• боли в костях (особенно в спине и ребрах);

• приступы желчной колики (при вторичном билиарном циррозе);

• пальцы в виде барабанных палочек;

• диарея;

• множественные ксантелазмы;

• редко встречаются сосудистые звездочки.

6.6. Лабораторная диагностика циррозов печени

1. Цитолитический синдром:

• повышение уровня прямого билирубина;

• повышение уровня трансаминаз (АСТ, АЛТ), ЛДГ, альдолазы;

• повышение содержания митохондриальных показателей сыворотки крови: глутаматдегидрогеназы, сорбитдегидрогеназы;

• повышение содержания лизосомальных ферментов: кислой фос-фатазы, р-глюкуронидазы.

2. Иммуновоспалительный синдром:

• повышение уровня у-глобулинов;

• повышение уровня иммуноглобулинов G, M, A;

• появление LE-клеток, неспецифических антител к ДНК, гладко-мышечным волокнам, митохондриям;

• снижение титра комплемента, теста бласттрансформации лимфоцитов и реакции торможения лейкоцитов;

• изменение осадочных проб.

3. Холестатический синдром:

• повышение уровня прямого билирубина;

• повышение холестерина;

• повышение липопротеидов;

• повышение ЩФ;

• повышение у-глутамилтранспептидазы.

4. Геморрагический синдром:

• снижение уровня и функциональных свойств тромбоцитов;

• снижение уровня факторов свертывания крови (II, V, VII).

5. Синдром гиперспленизма: анемия, тромбоцитопения, лейкопения.

6. Синдром печеночно-клеточной недостаточности:

• гипоальбуминемия;

• гипербилирубинемия;

• снижение уровня протромбина;

• снижение уровня холестерина.

7. Гепаторенальный синдром: высокая концентрация креатинина, мочевины, гиперкалиемия, гипохлоремия.

6.7. Особенности изменений лабораторных показателей в зависимости от этиологии циррозов печени

• Цирроз печени вирусной этиологии: обнаружение при серологическом исследовании крови маркеров вирусной инфекции.

• Цирроз печени алкогольной этиологии:

- выраженное повышение уровня ЩФ, у-глутамилтранспепти-дазы;

- макроцитарная гиперхромная анемия;

- у отдельных больных повышено содержание IgA.

• Билиарные циррозы печени:

- наиболее выраженный холестатический синдром;

- выраженная гипербилирубинемия (>350 мкмоль/л);

- высокий уровень холестерина, триглицеридов и у-глобулинов;

- при первичном билиарном циррозе повышен уровень IgM и

G;

- при вторичном билиарном циррозе определяется высокий титр антимитохондриальных антител.

В зависимости от проявлений и степени выраженности клинико-лабораторных синдромов оценивают состояние функции печени при циррозе (табл. 46).

В зависимости от активности процесса, подразумевающего выраженность воспалительных реакций, циррозы печени делятся на активные и неактивные (табл. 47).

В зависимости от степени выраженности печеночно-клеточной недостаточности выделяют: компенсированный, субкомпенсирован-ный и декомпенсированный циррозы печени, что соответствует классификации цирроза печени по *Child-Pugh*классам А, В и С соответственно.

6.8. Инструментальные методы исследования

1. **УЗИ органов брюшной полости**позволяет диагностировать: увеличение размеров печени, увеличение селезенки, расширение селезеночной и воротной вены как косвенный признак синдрома портальной гипертензии, наличие асцита и его приблизительные размеры, желчные камни, признаки хронического панкреатита, опухоли в брюшной полости.

2. **КТ/МРТ органов брюшной полости**дает более точные данные о размерах и состоянии органов, выявляет или исключает опухоли, в том числе первичный рак печени, который может возникнуть при любой форме цирроза печени.

3. **Сцинтиграфия печени**при циррозе выявляет диффузное снижение поглощения изотопа в печени и повышение его захвата костным мозгом и селезенкой.

4. **ЭГДС**позволяет выявить варикозное расширение вен пищевода, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которые часто протекают бессимптомно.

5. **Ангиографические исследования**(целиакография и спленопорто-графия) позволяют выявить наличие и характер портальной гипер-тензии, выполняются по специальным показаниям при решении вопроса о тактике хирургического лечения.

6. **Биопсия печени**- «золотой стандарт» диагностики циррозов печени.

Особенности морфологической картины биоптата при циррозе печени в зависимости от этиологии.

• Циррозы печени вирусной этиологии:

- крупноузловое поражение печени (узлы >3 мм);

- преобладание деструктивных процессов;

- обнаружение маркеров вирусного поражения с помощью поли-меразной цепной реакции.

• Циррозы печени алкогольной этиологии:

- мелкоузловое поражение печени (узлы 1-3 мм);

- жировая дистрофия гепатоцитов;

- тельца Маллори (скопление гиалина в центре долек) и очаговая инфильтрация нейтрофилами портальных трактов.

• Билиарные циррозы печени:

- первичный билиарный цирроз:

- деструктивные изменения междолевых желчных протоков;

- отсутствие междольковых протоков;

- холестаз преимущественно на периферии дольки;

- расширение, инфильтрация и фиброз портальных полей;

- вторичный билиарный цирроз:

- расширение внутрипеченочных желчных ходов;

- некрозы в периферических частях долек с образованием желчных «озер»;

- нормальное дольковое строение в отдельных участках печени.

6.9. Формулировка клинического диагноза

• Этиология (алкогольный, вирусный, билиарный, токсический и др.).

• Морфология (мелко-, крупноузловой, смешанный).

• Морфогенез (постнекротический, портальный, билиарный, смешанный).

• Клинико-функциональное состояние (компенсация, субили декомпенсация с указанием выраженности портальной гипертен-зии, печеночной недостаточности).

• Указание синдромов (при выраженном геморрагическом синдроме, гиперспленизме).

• Активность процесса (активный, неактивный или ремиссия).

• Течение (прогрессирующее, стабильное).

Пример формулировки диагноза: цирроз печени алкогольной этиологии мелкоузловой, умеренной степени активности с синдромами портальной гипертензии и печеночной недостаточности, прогрессирующего течения.

6.10. Лечение циррозов печени

Лечебные мероприятия при циррозах печени определяются этиологией, степенью активности заболевания, наличием осложнений.

1. Ограничение физических и психических нагрузок, исключение алкоголя, профессиональных вредностей, гепатотоксичных препаратов (НПВС, антидепрессантов, антибиотиков, снотворных), физиотерапевтических процедур, инсоляции.

2. Всем больным показана диета (стол ? 5) с ограничением острых, жирных, жареных продуктов. Если больной не истощен, считается оптимальным прием белка из расчета 1 г на 1 кг массы тела. Необходимо ограничить потребление поваренной соли до 2 г/сут, при наличии асцита ее полностью исключают из рациона.

3. Нормализация пищеварения, устранение дисбактериоза, санация хронических очагов инфекции.

4. Витаминотерапия.

5. При субкомпенсированном циррозе печени:

• детоксикационные средства (глюкоза\*, гемодез\*);

• гепатопротекторы;

• гиполипидемические средства.

6. При декомпенсированном циррозе печени (наряду с вышеперечисленными средствами) небходимо:

• лечение портальной гипертензии и отечно-асцитического синдрома:

• спиронолактон, петлевые диуретики (в небольших дозах);

• пролонгированные нитраты, р-адреноблокаторы;

• нативная концентрированная плазма и раствор альбумина;

• при стойком асците - абдоминальный парацентез;

• при гиперспленизме и низком содержании лейкоцитов - переливание лейкоцитарной и тромбоцитарной масс;

• лечение печеночной энцефалопатии:

• ограничение белка в пище;

• лактулоза;

• антибиотики короткими курсами для подавления кишечной флоры (неомицин, канамицин);

• а-кетоглутаровая кислота\*/аналоги орнитина.

7. Лечение осложнений.

8. Решение вопроса о трансплантации печени.

7. КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ

Задачи курации.

• Формирование навыков опроса и осмотра больных циррозом печени.

• Формирование навыка постановки предварительного диагноза цирроза печени на основании данных опроса и осмотра пациента.

• Формирование навыка составления плана обследования и лечения, исходя из предварительного диагноза цирроза печени.

Курация больных считается самостоятельной работой студента. В ходе занятий группы из 2-3 студентов совместно курируют 1-2 больных с различными формами циррозов печени, коллегиально форму-

лируют структурированный предварительный диагноз и составляют план обследования и лечения пациента. Результаты работы докладывают всей группе, обсуждают и фиксируют в дневнике курации.

Краткое содержание темы №2:

Чек лист по диагностике цирроза печени: студент должен продемонстрировать прием, обследование пациента в стационаре, с выставлением диагноза и назначением лечения.

* 1. Прием больного.
  2. Расспрос жалоб;
  3. Сбор анамнеза;
  4. Осмотр больного;
  5. Осмотр ротовой полости;
  6. Пальпация;
  7. Перкуссия;
  8. Аускультация;
  9. Определение ЧД;
  10. Определение АД;
  11. Определение пульса;
  12. Оценка дыхания;
  13. Постановка предварительного диагноза;
  14. Выбор лабораторных методов исследования;
  15. Выбор инструментальных методов исследования;
  16. Выбор тактики лечения;
  17. Выбор лекарственных средств.
  18. Оказание неотложной помощи при развитии осложнений.
* Студент должен озвучить каждое свое действие. Преподаватель оценивает правильность выполнения действий студента.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР БОЛЬНОГО

Клинический разбор проводится преподавателем или студентами под непосредственным руководством преподавателя. Задачи клинического разбора.

• Демонстрация методики опроса и осмотра больных с различными формами циррозов печени.

• Контроль навыков опроса и осмотра больных с циррозами печени.

• Демонстрация методики постановки диагноза цирроза печени на основании данных опроса, осмотра и обследования пациента.

• Демонстрация методики составления плана обследования и лечения больных циррозами печени.

В ходе занятия разбираются наиболее типичные и/или сложные с диагностической и/или лечебной точки зрения случаи цирроза печени. В заключении клинического разбора следует сформулировать структурированный окончательный или предварительный диагноз и составить план обследования и лечения пациента. Результаты работы фиксируются в дневнике курации.