

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: Циррозы печени, синдром портальной гипертензии, методы диагностики и лечения.
Дифференциальный диагноз желтух, асцита.

Цель: закрепить знания по диагностике и лечению цирроза печени, синдрома портальной гипертензии, дифференциальной диагностики желтух, асцита.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез цирроза печени, диагностировать и изучить критерии диагноза, рассмотреть основные принципы плановой рациональной терапии и профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями печени, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения заболеваний и их применении в соответствии с порядком оказания гастроэнтерологической помощи.

Ординатор должен знать:

1. Основные гепатологические синдромы.
2. Этиологию и патогенез циррозов печени.
3. Определение цирроза печени.
4. Формулировку диагноза цирроза печени.
5. Клинические проявления цирроза печени.
6. Лабораторно-инструментальные методы исследования при заболеваниях печени.
7. Принцип терапии заболеваний печени, в зависимости от этиологии.

Ординатор должен уметь:

1. Оценить полученные данные объективного обследования больного.
2. Оценить результаты лабораторных и инструментальных обследований.
3. Проводить дифференциальную диагностику.
4. Сформулировать диагноз.
5. Назначить лечение больным.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного, диагностики цирроза печени, желтухи, определения асцита, оценки данных основных лабораторных, инструментальных исследований заболеваний печени, формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ, назначения адекватной терапии.

Учебно-тематический план темы:

Семинары– 1 час.

Всего – 1 час.

План лекции:

1. Актуальность проблемы
2. Определение цирроза печени.
3. Этиология и патогенез цирроза печени.
4. Классификация хронических гепатитов.
5. Основы фиброгенеза.
6. Классификация желтух.
7. Диагностика цирроза печени, желтух, асцита.
8. Портальная гипертензия. Стадии.
9. Клинико-лабораторные признаки печеночно-клеточной недостаточности.
10. Маркеры фиброза.
11. Тактика ведения и лечения при циррозе печени.
12. Показания к биопсии печени.
13. Современные рекомендации по циррозу печени.

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1 Вводный контроль (тесты).

2 Беседа по теме занятий.

3 Клинический разбор пациентов (Цирроз печени, варикозное расширение вен пищевода).

4 Интерпретация исследований: общего анализа крови, биохимических показателей: АЛТ, АСТ, ГГТП, Щелочная фосфатаза, билирубин с фракциями, ферритин, липидограмма, протеинограмма, антинуклеарный фактор, антимитохондриальные антитела, коагулограмма, эластография печени, биопсия печени, УЗИ брюшной полости, рентген органов брюшной полости, КТ)

5 Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при циррозе печени.

6 Разбор историй болезней пациентов с циррозом печени, в ведении которых допущены типичные ошибки.

7 Ролевые игры : маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав.отделением (или врач скорой помощи). Врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.

8 Отработка практических навыков: обследование пациентов с заболеваниями печени с осмотром, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (УЗИ, ФГДС, рентген, КТГ) методов исследований; обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности.

Перечень вопросов для собеседования

1. Определение цирроза печени.
2. Этиология и патогенез формирования цирроза печени.
3. Формулировка диагноза цирроза..
4. Фиброгенез.
5. Синдром холестаза.
6. Портальная гипертензия. Определение. Стадии.
7. Степень печеночно-клеточной недостаточности по Child-Pugh.
8. Маркеры фиброза.
9. Асцит.
10. Принципы лечения цирроза печени.
11. Асцитический синдром. Тактика лечения.
12. Антифибротическая терапия.

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

.Выбрать из таблицы:

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

- 1.Первичный билиарный цирроз.
- 2.Портальная гипертензия.

Основные темы докладов:

- 1.Оценка эффективности антифибротической терапии.

Фонд оценочных средств:

1.Какие критерии используют для определения степени тяжести цирроза печени?
Вильсону – Коновалову

2. Чайльду-Пью (+)

3. Бадду-Киари

4. Сухово-Кобылину

2Появление каких высыпаний на коже верхней половины туловища и лице является одним из проявлений цирроза печени?

1.Уртикарии

2.Телеангиэктазии (+)

3. Папулы
4. Пустулы
3. Как называется венозный шум над животом, связанный с функционированием венозных коллатералей?
 1. Шумом Флинта
 2. Шумом Грехема-Стилла
 3. Шумом Крювелье-Баумгартена (+)
 4. «Белым шумом»
4. Какой лекарственный препарат, который может быть причиной развития цирроза печени?
 1. Дезлоратадин
 2. Амиодарон (+)
 3. Анаприлин
 4. Тиамин бромид
5. Какова частота встречаемости пальмарной эритемы у больных с циррозом печени?
 - 10% больных
 - 30% больных (+)
 - 50% больных (+)
 - 70% больных (+)
6. С какой частотой наблюдается гинекомастия при циррозе печени?
 - 10% больных (+)
 - 30% больных (+)
 - 50% больных
 - 70% больных
7. Каким витамином необходимо обогащать рацион питания больных с циррозом печени алкогольной этиологии?
 - Тиамином (+)
 2. Пиридоксином (+)
 3. Ретинолом
 4. Аскорбиновой кислотой (+)
8. Какой препарат назначают с целью уменьшения кожного зуда при циррозе печени?
 - Холестирамина (+)
 2. Пенициллина
 3. Активированного угля
 4. Феназепам
9. Асцит обусловлен портальной гипертензией, если содержание альбумина в асцитической жидкости больше, чем в сыворотке крови на:
 1. 0,5 г/л
 2. 0,8 г/л (+)
 3. 1,1 г/л (+)
 4. 2,0 г/л
10. При каком значении МНО можно выполнять биопсию печени?
 - Менее 1,0
 - Менее 1,3 (+)
 3. Менее 1,6
 4. Менее 2,0
11. Для отеков при циррозе печени характерно все, кроме:
 - а) желтухи
 - б) паукообразных ангиом
 - в) гипертрихоза (+)
 - г) сочетания с асцитом
 - д) развития венозных коллатералей

12. Основной механизм развития геморрагического синдрома при циррозе печени:

- а) снижение количества тромбоцитов в периферической крови
- б) нарушение выработки печенью факторов свертывания крови, протромбина и фибриногена(+)
- в) повреждение сосудистой стенки иммунными комплексами
- г) образование аутоантител к собственным неизмененным АГ тромбоцитов
- д) все вышеперечисленное

13. Цирроз печени отличается от хронического гепатита:

- а) Наличием холестатического синдрома
- б) наличием паренхиматозной желтухи
- в) наличием синдрома холемии
- г) наличием портокавальных и каво-кавальных анастомозов(+)
- д) наличием цитолитического синдрома

14. У больного имеется портальный цирроз печени со спленомегалией.

В анализе крови: НВ-90 г/л, эр.-2,5 млн., лейкоциты-3,5 тыс., тромбоциты-74 тыс. Формула без особенностей. Чем объяснить изменения в крови?

- а) гемолизом
- б) кровопотерей из расширенных вен пищевода
- в) гиперспленизмом(+)
- г) нарушением всасывания железа
- д) синдромом холестаза

15. Асцит при циррозе печени образуется вследствие:

- а) вторичного гиперальдостеронизма
- б) гипоальбуминемии
- в) портальной гипертензии
- г) всего перечисленного(+)
- д) ничего из перечисленного

16. «Сосудистые звездочки» при болезнях печени обусловлены:

- а) повышенным количеством эстрогенов(+)
- б) изменением чувствительности сосудистых рецепторов
- в) артериовенозным шунтированием

17. ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ

- 1 активности патологического процесса (+)
- 2 тяжести патологического процесса
- 3 печеночно-клеточной недостаточности
- 4 портопеченочной недостаточности

18. МАРКЁРАМИ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 АЛТ (+)
- 2 билирубин(+)
- 3 сорбитдегидрогеназа(+)
- 4 гамма-глутамилтрансфераза
- 5 холинэстераза

19. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ИСТИННОЙ ПЕЧЕНОЧНО- КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭТО

- 1 повышение уровня трансаминаз
- 2 снижение уровня трансаминаз по сравнению с предыдущими показателями, коррелирующее с уменьшением размеров печени(+)

3 уменьшение ПТИ, мочевины, снижение активности холинэстеразы и титра сулемовой пробы, холестерина (+)

20. ПЕЧЕНЬ – ЕДИНСТВЕННОЕ МЕСТО СИНТЕЗА

1 альбуминов (+)

2 фибриногена(+)

3 протромбина (+)

4 проконвертина(+)

5 проакцелерина (+)

21. СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1 индексом гистологической активности

2 степенью развития фиброза в печени(+)

3 уровнем АЛТ

4 размерами печени

5 уровнем билирубина

22. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УКАЗЫВАЕТ НА

1 цирроз печени

2 холестаза

3 острый вирусный гепатит(+)

4 первичный билиарный цирроз

5 аминазиновую желтуху

23.ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГГТ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

1 острого алкогольного гепатита (+)

2 хронического вирусного гепатита В или С

3 гемохроматоза

4 сахарного диабета

5 хронического панкреатита

24. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В РАЗВЕРНУТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЭТО

1 повышение уровня аминотрансфераз

2 повышение показателей тимоловой пробы(+)

3 повышение уровня конъюгированного билирубина

4 повышение уровня гамма – глобулинов(+)

25. К МАРКЕРАМ НАРУШЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ

1) АЛТ

2) АСТ

3) ЛДГ

4) щелочная фосфатаза

5) холинэстераза(+)

Контрольные вопросы

1. Определение цирроза печени.
2. Причины формирования цирроза печени.
3. Классификация хронических гепатитов и цирроза печени (по этиологии и патогенезу).

4. Формулировка диагноза цирроза.
5. Цирротические изменения при хроническом гепатите.
6. Фиброгенез.
7. Синдром холестаза.
8. Портальная гипертензия. Определение. Стадии.
9. Проявления портальной гипертензии.
10. Степень печеночно-клеточной недостаточности по Child-Pugh.
11. Маркеры фиброза.
12. Стадии фиброза.
13. Принципы лечения цирроза печени.
14. Асцитический синдром. Тактика лечения.
15. Антифибротическая терапия.

Ситуационные задачи

1. У больного К., 44 лет, страдавшего циррозом печени, периодически через прокол передней брюшной стенки из брюшинной полости выводили до 3,5 л прозрачной желтой жидкости. Укажите осложнение цирроза печени. Чем проявилось это осложнение? Что можно ожидать при быстром выведении жидкости из брюшинной полости?

Ответ: Портальная гипертензия. Асцит. Сосудистый коллапс из-за усиленного притока крови к органам брюшной полости.

2. Мужчина Ф., 31 года отравился суррогатом алкоголя. Появились признаки острой печёночной недостаточности, желтуха, боли в правом подреберье и уменьшение размеров печени. Диагностируйте патологию печени. Укажите клиническую форму проявления этой патологии. Какая стадия описанной патологии приводит к уменьшению размеров печени? Укажите возможные исходы.

Ответ: Токсическая дистрофия печени. 2. Синдром. 3. Стадия желтой дистрофии. 4. Выздоровление, смерть, цирроз печени.

3. У женщины, употребляющей наркотические вещества, длительное время, умершей от печёночно-почечной недостаточности на вскрытии обнаружили крупноузловой цирроз печени. Какая болезнь печени могла закончиться циррозом? Укажите вариант течения болезни, повинный в крупноузловой деформации печени. Укажите причину почечной недостаточности.

Ответ: Хронический вирусный гепатит типа В. Некротический вариант. Интоксикация.

4. Больной 51 год поступил с жалобами на рвоту неизменной кровью, головокружение, слабость. В последние 4 года – периодические боли в правом подреберье. Объективно: состояние средней тяжести. Бледность кожи и слизистых. Небольшая желтушность склер, сосудистые звездочки на коже. Пульс 115 уд/мин. ритмичный. АД 85/50 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот увеличен в размерах, распластан. Печень выступает из-под реберной дуги, плотная с заостренным краем. Селезенка выступает на 7 см. Перкуторно определяется асцит. В общем анализе крови: эритроциты $2,7 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 71 г/л, гематокрит 0,28. Предварительный диагноз? С какими заболеваниями

необходимо дифференцировать? Какие специальные и инструментальные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза, ожидаемые результаты. Укажите тактику лечения. Назначьте лечение.

Ответ: Цирроз печени, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Язва желудка, осложнившаяся кровотечением, рак желудка, осложнившийся кровотечением, опухоли печени, легочные и носовые кровотечения. Рентгеноскопия пищевода и желудка – множественные округлые и овальные дефекты наполнения в пищеводе. Фиброэзофагоскопия – варикозно-расширенные вены нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка. Консервативная терапия с использованием зонда Блэкмора. Введение викасола 1%- 1 мл, в/в 5-10 мл 10% р-ра кальция хлорида, 1 мл питуитрина на 5% р-ре глюкозы. Эритроцитарная масса с заместительной целью, свежезамороженная плазма с гемостатической целью, коллоидные, кристаллоидные растворы для восполнения дефицита ОЦК.

5. Больной Т., 46 лет в экстренном порядке поступил в стационар. Кривая рвота возникла внезапно. Перенес болезнь Боткина около 10 лет назад. При осмотре – заметная венозная сеть на животе. Пальпируется увеличенная селезенка у края левой реберной дуги и плотный край печени у реберной дуги. Пульс 115 уд. в мин, ритмичный. АД 90/60 мм.рт.ст. В общем анализе крови: эритроцитов $2,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 72 г/л, гематокрит 0,28. Предварительный диагноз больному. Определите лечебную тактику и назначьте лечение.

Ответ: Цирроз печени. Портальная гипертензия. Кровотечение из варикозно - расширенных вен пищевода. Для остановки кровотечения необходимо больному установить зонд Блэкмора. Гемостатическая терапия: викасол 1% - 1,0 в/м, 10% р-р кальция хлорида в/в 10,0 мл, эритроцитарная масса вводится с заместительной целью. Ведение питуитрина 15 ЕД (1-3 мл) на 5% р-ре глюкозы (снижает давление в портальной системе), дицинон 2мл, свежезамороженная плазма, р-ры кристаллоидов, коллоидов.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная литература:

1. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни
лекции кафедры,
методическое пособие

Приложение (отдельно)