



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Методическая разработка
для преподавателя на тему:**

"Дифференциальный диагноз при гепатомегалии"

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Методическая разработка
обсуждена и утверждена
на заседании кафедры.

Составители разработки: доц. Крифариди А.С.

Владикавказ

Тема практического занятия: «Дифференциальный диагноз при гепатомегалии»

Место проведения занятия: учебная комната, гастроэнтерологическое отделение.

Обоснование необходимости изучения темы:

Болезни печени занимают существенное место среди причин ранней нетрудоспособности и смертности лиц трудоспособного возраста. Ежегодно ими болеет не менее 1 млн. жителей земного шара, а в последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости и смертности населения. Многообразие функций печени, сложность диагностики и лечения, широкая распространенность заболеваний печени, большие экономические потери, которые они влекут за собой, возможность хронизации гепатитов с исходом в цирроз печени и (или) гепатоцеллюлярную карциному — все это обуславливает пристальное внимание врачей всех специальностей к изучению этиологии, своевременной диагностики и лечения различных поражений печени. Кроме того, необходимо помнить, что поражение печени, сопровождающееся увеличением размеров печени, характерно для целого ряда заболеваний и требует тщательной дифференциальной диагностики.

Цель занятия: углубление и приобретение новых знаний, умений и навыков диагностики, дифференциальной диагностики, современных лабораторно-инструментальных методов исследований заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией, формулировка клинического диагноза и выбор оптимальной тактики лечения.

Задачи занятия:

- Выявить гепатомегалию и определить ее характерологические особенности при различных заболеваниях (хронический гепатит, цирроз печени, лейкозы, эхинококкоз, рак, застойная печень и др.);
- Провести дифференциальный диагноз по ведущему синдрому;
- Сформулировать предварительный диагноз;
- Определить объем дополнительных методов исследования и дать им интерпретацию;
- Сформулировать и обосновать клинический диагноз;
- Составить принципы этиопатогенетического лечения.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

1. Уметь проводить дифференциальный диагноз по ведущему синдрому – гепатомегалии;
2. Уметь формулировать предварительный диагноз;
3. Уметь назначить необходимый объем дополнительных методов исследования;
4. Уметь трактовать полученные данные;
5. Знать тактику ведения больных с данным синдромом, общие принципы лечения.

Методологические и воспитательные цели занятия:

1. Осветить важность изучаемой патологии в современной гастроэнтерологии. Подчеркнуть трудности диагностики. Обратить внимание слушателей на социальную значимость употребления алкоголя в этиологии хронических гепатитов и циррозов печени.
2. Показать успехи клинической гепатологии и роль в этом отечественных ученых (Тареев Е.М., Подымова С.Д.).

Оснащение занятия:*Технические средства:*

- негатоскоп

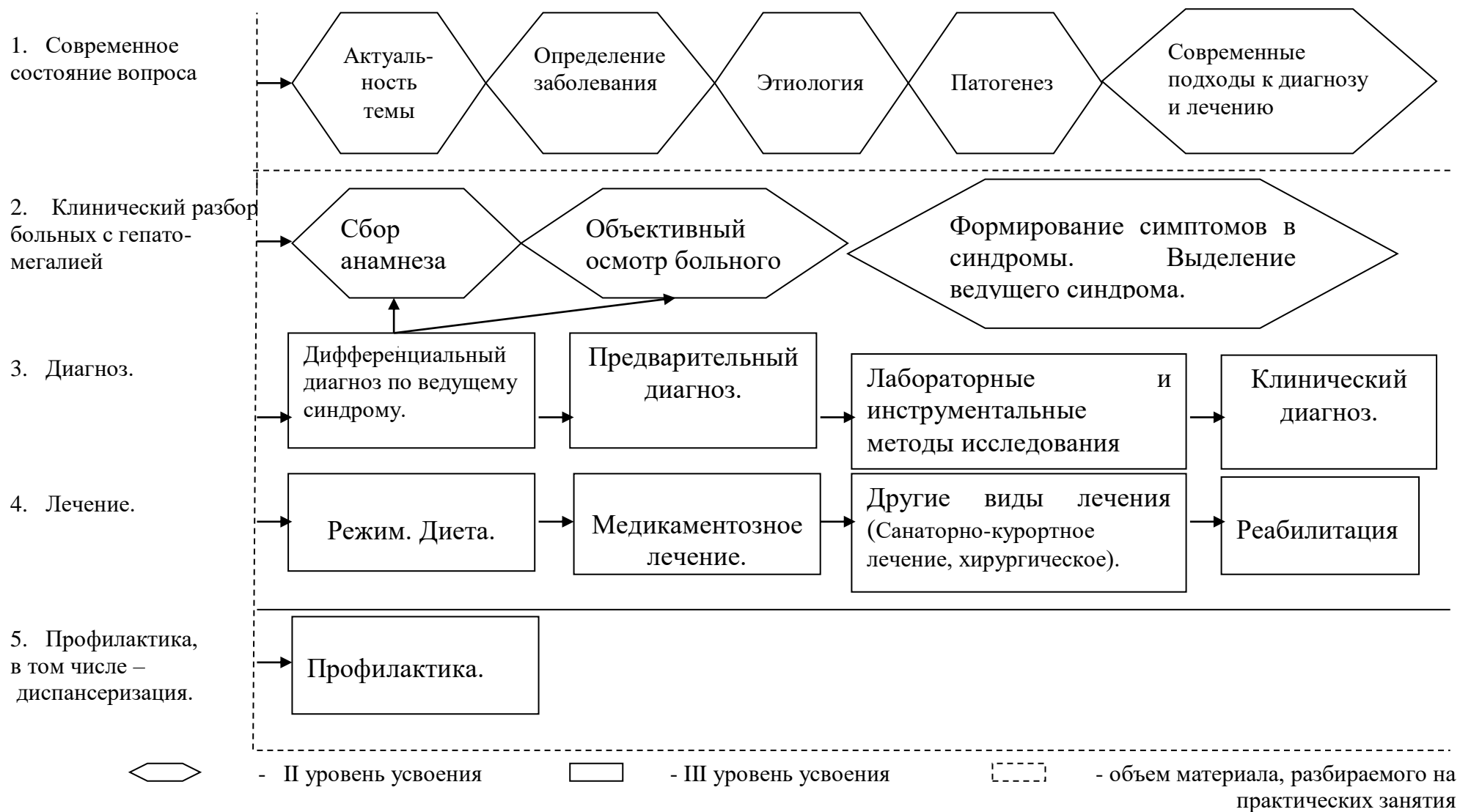
Демонстрационный материал:

- больные хроническим гепатитом, циррозом печени
- истории болезни
- набор анализов
- таблицы
- слайды

План и организационная структура занятия «Дифференциальный диагноз при гепатомегалии»

№ п/п	Этапы занятия	Время в мин.	Уровень усвоения	Место проведения занятия	Оснащение занятия
1	Организационные мероприятия	5	II	Уч. комната	Журнал
2	Контроль исходного уровня знаний слушателей	15	II	Уч. комната	Вопросы и задачи
3	Клинический разбор больных (2-3 человека)	60	III	Палата	Больные, истории болезни
4	Анализ полученных данных (выделение синдромов, выявление ведущего синдрома и круга заболеваний).	20	III	Уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
5	Дифференциальный диагноз	30	III	Уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
6	Предварительный диагноз	5	III	Уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
7	Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования	15	III	Уч. комната	Истории болезни, анализы
8	Клинический диагноз	5	III	Уч. комната	Таблицы, истории болезни
9	Этиопатогенез хронических гепатитов и циррозов	10	III	Уч. комната	Таблицы
10	Тактика врача при хроническом гепатите	10	III	Уч. комната	Таблицы, истории болезни
11	Общие принципы лечения	20	III	Уч. комната	Таблицы, истории болезни
12	Контроль конечного уровня усвоения материала	15	-	Уч. комната	Тест – задачи
13	Задание на дом	5	-	Уч. комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме, тематические больные.

Граф логической структуры к практическому занятию «Дифференциальный диагноз при гепатомегалии».



РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ.

1. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП:

Накануне подбираются больные с гепатомегалией (гепатит, цирроз печени, увеличение печени при хронической сердечной недостаточности). Подробный разбор провести одного больного с гепатитом, остальные в плане дифференциального диагноза.

Больных курируют аспиранты заранее с последующим докладом их на занятии.

В день занятия в учебной комнате преподаватель кратко определяет цель занятия, знакомит с планом работы. Касается актуальности темы, современных достижений гепатологии. Затем проводит контроль исходных знаний по тестовому контролю. Проверяет готовность слушателей к занятию (больной, рефераты, демонстрационный материал). Затем все идут в палату к больным.

2. ОСНОВНОЙ ЭТАП:

Кураторы готовят своих больных к разбору: собирают жалобы. Анамнез, выявляют объективные данные, выделяют ведущий синдром (гепатомегалия) и определяют круг заболевания, привлекаемых для дифференциального диагноза (хронический гепатит, цирроз печени, увеличение печени при сердечной недостаточности, опухоли печени, эхинококкоз, заболевания крови и др.).

По ходу осмотра больного преподаватель заостряет внимание слушателей на характерных особенностях гепатомегалии и других проявлениях заболевания у разбираемых больных.

Дифференциальный диагноз проводится путем сравнения нозологии с состоянием курируемого больного, начинаем диф. Диагноз с наименее вероятной патологии к более вероятной. После проведения диф. диагноза формулируем предварительный диагноз, затем определяем круг или объем дополнительных исследований. Сначала по основному диагнозу, затем для диф. диагностики. После полученных результатов исследования, их трактуют и формулируют клинический диагноз. Затем назначаем лечение конкретному больному.

Согласно теме занятия в качестве ведущего синдрома выступает - гепатомегалия.

Круг заболеваний подлежащих дифференцированию:

Причины увеличения печени.

- Безжелтушный и субклинический гепатит.
- Жировая дистрофия печени.
- Киста печени.
- Доброкачественные опухоли печени:
 - Гемангиома.
 - Аденома.
- Эхинококкоз печени.
- Первичный рак печени.
 - Гепатома.
 - Холангиома.
 - Рак – цирроз.
- Метастатический рак печени.

Причины увеличения печени и селезенки.

- Хронический гепатит.
 - Персистирующий
 - Активный.
- Альвеококкоз печени.
- Цирроз печени.
- Псевдоцирроз печени.
- Болезни сосудов печени.
 - Тромбоз воротной и селезеночной вен.
 - Синдром и болезнь Бадда-Киари.
 - Тромбоз и воспаление печеночных вен.
 - Тромбоз нижней полой вены.
 - Веноокклюзионная болезнь.
- Наследственные болезни.
 - Гемохроматоз.
 - Гепатоцеребральная дистрофия.
 - Альфа – 1 – антитрипсиновая недостаточность.
 - Перфичный амилоидоз печени.
- Болезни крови и кроветворных органов.
 - Хронический миелолейкоз.
 - Доброкачественный сублейкемический миелоз.
 - Болезнь Вальдестрема.

Дифференциальный диагноз проводится путем сопоставления дифференциального заболевания с клиникой больного, причем сначала дается характеристика печени (величина поверхности, консистенция, край, чувствительность при пальпации), а затем привлекают другие синдромы.

Характеристика печени при различных заболеваниях

Заболевание	Характеристика печени	Анамнез и объективные данные
Застойная печень	Гладкая поверхность, плотноэластическая, закругленный или заостренный край, болезненна при пальпации	Изменения со стороны сердца, легких. Другие симптомы сердечной недостаточности.
Лейкозы	Гладкая поверхность, край закруглен, малоболезненная или безболезненная при пальпации	Спленомегалия, желтуха, геморрагический синдром, анемия, лихорадка
Эхинококкоз	Гладкая поверхность, иногда пальпируется округлая опухоль, различной консистенции при однокамерном, участок каменистой консистенции.	Крапивница, боли в подреберье, асцит, желтуха, лихорадка, метастазы.
Рак печени	Большая печень, гладкая или крупнобугристая, безболезненна или малоболезненна, каменистая плотность, край уплотнен, неровен	Похудение, лихорадка, асцит, желтуха, кровотечения.
Жировой гепатоз	Гладкая поверхность, уплотненная консистенция, край закруглен, небольшая чувствительность при пальпации	Алкоголизм, диабет, ожирение, боли в правом подреберье, портальная гипертензия (редко), жировая эмболия легких (редко)
Хронический гепатит	Гладкая поверхность, уплотненная консистенция, безболезненная	Диспепсия, лихорадка, желтуха, спленомегалия, малые печеночные признаки, анемия, геморрагии.
Цирроз печени		Желтуха; Портальная гипертензия; Воспалительно-мезенхимальный синдром (лихорадка, спленомегалия);

		Печеночно-клеточная недостаточность (лихорадка, желтуха, кожные проявления, изменения сердечно-сосудистой системы, асцит, отеки, печеночный запах, геморрагический диатез, изменения со стороны ЦНС).
--	--	---

При невозможности разграничения причин гепатомегалии или для подтверждения диагностической гипотезы составляется программа исследований (биохимический анализ крови, УЗИ, пункционная биопсия печени, анализ крови на маркеры вирусов гепатита В и С и др.)

Застойная печень (ЭКГ, R – грамма органов грудной клетки, другие методы исследования сердечно-сосудистой системы).

Болезни крови (лейкозы) (анализ крови, морфологические исследования пунктатов лимфоузлов, костного мозга, трепанобиоптата).

Эхинококкоз (анализ крови, тест Кацонни, лапароскопия).

Рак печени (анализ крови, фетопротеин, сканирование, УЗИ, селективная ангиография, компьютерная томография, лапаротомия).

Гепатоз (бромсульфалеиновая проба, УЗИ, пункционная биопсия).

Хронические гепатиты и циррозы печени (УЗИ, пункционная биопсия печени, анализ крови на маркеры вирусов гепатита В и С, ПЦР, печеночный биокомплекс).

После доказательства наличия цирроза печени необходима попытка разграничения его на этиопатоморфологическому признаку, клинике и принципах лечения разбираемых больных.

3. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП:

После разбора больных проводится контроль конечного уровня знаний по разобранной теме, путем решения ситуационных задач. Обсуждение ведется устно.

Преподаватель оценивает уровень усвоения каждого слушателя.

Преподаватель объясняет неясные вопросы и рекомендует литературу для детального ознакомления. Подводит итог занятию и дает задание на дом.

**Перечень учебных и практических навыков,
необходимых к усвоению по данной теме.**

1. Знать клинику заболеваний, подлежащих обсуждению (хронический гепатит, цирроз печени, застойная печень, лейкозы, эхинококкоз печени и др.).
2. Знать этиопатогенез хронических гепатитов и циррозов печени.
3. Уметь провести дифференциальный диагноз при гепатомегалии.
4. Уметь составлять программу лабораторно-инструментальных исследований, уметь их интерпретировать.
5. Уметь сформулировать диагноз согласно современной классификации.
6. Перечислить основные заболевания, сопровождающиеся гепатомегалией.
7. Перечислить другие синдромы, характерные для этих заболеваний.
8. Охарактеризовать печень при циррозе.
9. Охарактеризовать печень при гепатите.
10. Охарактеризовать печень при раке.
11. Охарактеризовать печень при эхинококкозе.
12. Охарактеризовать печень при сердечной недостаточности.
13. Перечислить методы лабораторных исследований используемых для выявления причин гепатомегалии.
14. Перечислить инструментальные методы наиболее информативных в этих случаях.
15. Перечислить основные этиологические моменты возникновения циррозов печени.
16. В чем принципиальное различие цирроза печени и хронических гепатитов.
17. Назовите основные принципы лечения хронических гепатитов и циррозов печени.

**Вопросы для контроля исходного уровня усвоения учебного материала
на практическом занятии.**

1. Дайте определение хронического гепатита.
2. Дайте определение цирроза печени.
3. Какие основные клинические синдромы наблюдаются при хроническом гепатите и циррозе печени.
4. Какие особенности печени при физическом ее исследовании нужно выявить при хроническом гепатите, циррозе, раке, эхинококкозе печени.
5. Какие встречаются лабораторные синдромы при хроническом гепатите.
6. Дифференциальная диагностика желтух (печеночной, надпеченочной и подпеченочной).
7. Каковы клинические особенности портальной гипертензии.
8. Перечислить лабораторно - инструментальные методы диагностики заболеваний печени.
9. Перечислить основные этиологические признаки хронических гепатитов и циррозов печени.
10. Основные признаки диеты при хроническом гепатите.
11. Каковы принципы лечения хронического гепатита.
12. Перечислить основные препараты при лечении портальной гипертензии и отеков при циррозе печени.
13. На чем основан прогноз при хроническом гепатите и циррозе печени.
14. Как проявляется острый лейкоз в начальной и развернутой стадии.
15. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести при подозрении на острый лейкоз.
16. Какова клиническая картина хронического миелолейкоза.
17. Каков прогноз пациента с хроническим лейкозом.

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

1. У 55-летнего мужчины с гепатомегалией, гинекомастией, контрактурой Дюпюитрена, страдающего язвенной болезнью желудка, после употребления алкоголя появилась рвота «кофейной гущей».

Какие причины кровотечения могут обсуждаться у данного больного?

1. Варикозно-расширенные вены пищевода.
2. Эрозивный гастрит.
3. Язва желудка.
4. Болезнь Ослера-Рандю-Вебера.
5. Синдром Мэллори – Вейса.

2. В поликлинику обратился мужчина 28 лет. В последние 3-4 месяца отмечает субиктеричность кожных покровов и склер, одышку при ходьбе, снижение массы тела.

Из анамнеза известно, что, будучи студентом, неоднократно выезжал на строительство животноводческих комплексов в Казахстан. В последнее время появились нарастающая слабость, снижение массы тела и аппетита, повышение температуры до субфебрильных значений, периодически – кожный зуд, крапивница.

При исследовании – желтуха, увеличение печени. Рентгенологически определено высокое стояние и выбухание правого купола диафрагмы.

Ваш предварительный диагноз?

1. Цирроз печени.
2. Альвеококкоз.
3. Хронический гепатит.
4. Хронический абсцесс правой доли печени.

3. Для цирроза печени не характерны морфологические изменения:

- а) некроз
- б) фиброз
- в) жировая дистрофия
- г) регенерация
- д) перестройка архитектоники печени.

4. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет:

- а) пероральная холецистография
- б) внутривенная холеграфия
- в) сцинтиграфия печени
- г) ретроградная панкреатохолангиография
- д) прямая спленопортография

5. Из хронических заболеваний печени классическим показанием для иммунодепрессивной терапии является

- а) вторичный билиарный цирроз
- б) хронический активный гепатит
- в) хронический аутоиммунный гепатит
- г) новообразования печени
- д) ничего из перечисленного.

6. Средством выбора при застойном циррозе печени, сопровождающемся отеками и асцитом, является

- а) лазикс,
- б) мочевины,
- в) маннитол,
- г) этакриновая кислота,
- д) спиронолактон (верошпирон, альдактон).

7. Основными формами хронического гепатита являются все перечисленные, кроме:

- а) хронического персистирующего гепатита,
- б) хронического активного гепатита,
- в) хронического лобулярного гепатита,
- г) интерстициальный гепатит,
- д) хронический аутоиммунный гепатит.

8. Причинами жировой дистрофии печени не может быть:

- а) вирусный гепатит,
- б) беременность,

- в) сахарный диабет,
- г) лечение кортикостероидами,
- д) голодание.

9. Повышение активности щелочной фосфатазы у больных циррозом печени может свидетельствовать:

- а) о присоединении вирусного гепатита,
- б) о некрозе гепатоцитов,
- в) о печеночной недостаточности,
- г) о портальной гипертензии,
- д) о циррозе-раке.

10. В этиологии хронического гепатита важное место занимают:

- а) инфекционные факторы,
- б) токсические факторы (в том числе алкоголизм),
- в) токсикоаллергические факторы,
- г) недостаточность кровообращения,
- д) все перечисленные факторы.

11. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:

- а) повышение активности АЛТ,
- б) повышение активности альдолазы,
- в) повышение активности АСТ,
- г) гипоальбуминемия,
- д) повышение уровня сывороточного железа.

12. При отечно-асцитическом синдроме, связанном с циррозом печени, рациональная терапия диуретиками контролируется:

- а) взвешиванием больного,
- б) измерением суточного диуреза,
- в) определением натрия и калия в сыворотке крови,
- г) верно а) и б),
- д) всем перечисленным.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ
НА ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

1. Правильные ответы – 1, 3, 5.

У больного имеются признаки хронического заболевания печени алкогольной этиологии (гепатомегалия, гинекомастия, контрактура Дюпюитрена). Источником кровотечения могут быть варикозно-расширенные вены пищевода, язва желудка и синдром Меллори-Вейса.

2. Правильный ответ 3.

3. Для цирроза печени не характерна жировая дистрофия.

4. Для распознавания механической желтухи наибольшее значение имеет ретроградная панкреатохолангиография.

5. показанием для иммунодепрессивной терапии является хронический аутоиммунный гепатит.

6. Средством выбора при застойном циррозе печени, сопровождающемся отеками и асцитом, является спиронолактон (верошпирон, альдактон).

7. Интерстициальный гепатит не является основной формой хронического гепатита.

8. Причинами жировой дистрофии печени не может быть - вирусный гепатит.

9. Повышение активности щелочной фосфатазы у больных циррозом печени может свидетельствовать – о циррозе-раке.

10. В этиологии хронического гепатита важное место занимают все перечисленные факторы.

11. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является - повышение активности АЛТ.

12. При отечно-асцитическом синдроме, связанном с циррозом печени, рациональная терапия диуретиками контролируется - взвешиванием больного, измерением суточного диуреза, определение натрия и калия в сыворотке крови.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.**Задача №1.**

Больной М., 44 года, жалуется на резкую общую слабость, чувство тяжести в правом подреберье, исхудание, постоянную тошноту, кровоточивость десен, сонливость.

Из анамнеза известно, что больной с 18 лет злоупотребляет алкоголем. Указанные жалобы появились около года назад. За это время дважды лечился в стационаре.

При осмотре: состояние средней тяжести, больной пониженного питания, кожа сухая, иктеричность склер и кожи, на коже лица и плечевого пояса «сосудистые звездочки». Отеков нет.

Язык умеренно обложен белым налетом, влажный. Живот вздутый, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 6 см из-под края реберной дуги, край ее закруглен, болезнен. Пальпируется выступающая на 2 см ниже левой реберной дуги селезенка.

Пульс 64 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 105/60 мм. рт. ст. Тоны сердца умеренно ослаблены. При перкуссии грудной клетки справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Здесь же ослаблено дыхание.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое, обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Показано ли больному санаторно-курортное лечение?

Задача № 2.

Больная Б., 36 лет, жалуется на желтушное окрашивание кожи, кожный зуд, тошноту, боль и чувство тяжести в правом подреберье, преимущественно после приема жирной и жареной пищи, повышение температуры до 38° С по вечерам, кровоточивость десен, общую слабость. Заболевание начиналось постепенно, около 4 лет назад. Лечилась амбулаторно по поводу холецистита.

При осмотре: больная избыточного питания, общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и склеры иктеричные, на коже видны следы расчесов, на лице и шее участки гиперпигментации кожи, на веках ксантелазмы.

Язык чистый, влажный. Живот мягкий при пальпации, болезненный в правом подреберье и в точке Кера. Печень выступает на 4 см из-под края реберной

дуги, край болезненный, гладкий, селезенка не увеличена. В сердечно-сосудистой и дыхательной системах изменений не выявлено.

При биохимическом исследовании крови выявили гипербилирубинемия (за счет связанного билирубина), гиперхолестеринемия, повышение активности щелочной фосфатазы, бета-липопротеидов, умеренное повышение уровня аминотрансфераз. В моче обнаружены желчные пигменты (билирубин). При дуоденальном зондировании обнаружены элементы воспаления в порциях желчи В и С. При холецистографии тень желчного пузыря малой интенсивности.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие заболевания следует исключить?
3. Ваша врачебная тактика?

Задача №3.

Больной С, 56 лет, жалуется на общую слабость, отсутствие аппетита, постоянную боль в правом подреберье, вздутие живота, неустойчивый стул, исхудание. В последнее время отмечается периодически рвота с примесью крови, заметна желтушность склер.

При осмотре: больной пониженного питания, иктеричность склер, кожа сухая, «сосудистые звездочки» на коже лица и верхних конечностей, скудное оволосение лица и подмышечных областей, гиперемия ладоней, увеличение молочных желез. Язык малиновый со сглаженными сосочками. Живот увеличен, пупок выпячен. На передней брюшной стенке кожа истончена, видны расширенные венозные сосуды, перкуторно определяется асцит. Нижний край печени заостренный, плотный, безболезненный при пальпации, выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Селезенка на 6-7 см выступает из-под края реберной дуги, край ее плотный, на голенях патозность, варикозно расширенные вены.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Вам план дальнейшего обследования?
3. Какие заболевания следует исключить?

Задача №4.

Больной В., 65 лет, обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку, отеки. Больным считает себя около полугода. Когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач поликлиники, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов и

увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на болезнь Боткина.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Значительная бледность и умеренная эктеричность кожи и слизистых оболочек. Выражены одутловатость лица, отёки голеней. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отдела легких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево то левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс 108 в 1 мин, ритмичный АД 90/60 мм рт.ст.

Данные ЭКГ: ритм синусовый правильный. Блокада правой ножки пучка Гиса. Отрицательный зубец Т в V₄-V₆ отведениях. Язык ярко-красный, гладкий с трещинами. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: эр. - $1 \cdot 10^{12}$ г/л; НЬ - 40 г/л; ЦП - 1,2.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы диагностического исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

Задача №5.

Больной К., 18 лет жалуется на желтуху. Небольшую общую слабость. Больным считает себя около 3 лет, в течение которых периодически 2-3 раза в год появлялась желтуха без каких-либо жалоб. В последние 2 месяца стали беспокоить небольшая слабость, головокружение. Брат больного также страдает подобным заболеванием.

При осмотре: желтушность кожи и склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. Сердечно-сосудистая система и органы дыхания без особенностей. Отмечается увеличение селезенки на 1,5-2 см.

Анализ крови: эр. - $3,3 \cdot 10^{12}$ г/л; НЬ - 110 г/л; ЦП - 1; ретикулоциты -20%. Эритроциты в мазке без центрального просветления, средний диаметр эритроцитов (СДЭ) - 5,8 мк. Толщина (СТЭ) - 4 мк. Показатель сферичности (диаметр/толщина) равен 1,2.

В биохимическом анализе крови: билирубин общий - 88 мкмоль/л, непрямой - 79 мкмоль/л.

В моче - слабоположительная реакция на желчные пигменты. Содержание уробилина увеличено. Количество стеркобилина увеличено до 2000 мкг/сут.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

Задача №6.

Больной Г., 4 лет, заболел остро: повысилась температура, появилась повторная рвота. В последующие 2-3 дня развились значительная общая слабость и легкая желтушность кожи и склер. С диагнозом «болезнь Боткина» он был госпитализирован в инфекционное отделение, откуда после обследования и анализа крови переведён в детское отделение с предположительным диагнозом «острый лейкоз». Из анамнеза известно, что мальчик родился здоровым; в прошлом ничем не болел. Родители здоровы.

При осмотре: состояние тяжелое, временами обморок, кожные покровы бледные с незначительным желтушным оттенком, склеры субиктеричны. Периферические лимфоузлы пальпируются величиной с фасоль, плотноватые, безболезненные и подвижные. Пульс 76 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Границы сердца в норме, прослушивается мягкий систолический шум над всеми отверстиями. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, мягкая и безболезненная на ощупь. Селезенка пальпируется на 4-5 см из-под края реберной дуги. Температура тела 37,8-39,8 °С.

Анализ крови: эр. $0,98 \cdot 10^{12}$ г/л; Нв 28 г/л; лейкоц. $3,8 \cdot 10^9$ г/л; нейтрофилез без выраженного ядерного сдвига. В мазках крови значительное количество нормоэритробластов. Ретикулоциты 22%; тромбоциты - $120 \cdot 10^9$ /л.

Билирубин крови общий 102 мкмоль/л, непрямой 96 мкмоль/л. Моча темно-бурового цвета с обильным осадком уратов. Реакция на уробилин резко положительная.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз (обоснуйте его)?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

Задача № 7.

Больная Л., 42 лет, жалуется на слабость, потливость, повышение температуры.

Год назад появились слабость, потливость, повышенная утомляемость, выявлены изменения в крови. По словам больной, лейкоцитоз в крови составлял $24,0 \cdot 10^9$ /л. проводилось лечение 6-меркаптопурином. Полгода назад анализ крови: эр. - $4 \cdot 10^{12}$ г/л; Нв - 120 г/л; ЦП - 0,9 ; тромбоциты - $20 \cdot 10^9$ г/л; лейкоц. - $34 \cdot 10^9$ /л; э - 1%; б. - 4%; миелоц. - 5%; н. - 20%; с. - 49%; лимф. - 13%; мон. - 1%; бластные клетки - 7%; СОЭ - 29 мм/час. Больной удалили селезенку. Проводилось лечение миелосаном. В последний месяц нарастали слабость, потливость, появилась боль в костях, повысилась температура.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, небольшая бледность кожных покровов, единичные петехиальные кровоизлияния на коже.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких - дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, чистые. Пульс 100 в 1 мин. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги.

Анализ крови: эр. – $3 \cdot 10^{12}$ г/л; Hb 110 г/л; ЦП - 1,1; тромбоциты - $107 \cdot 10^9$ г/л; лейкоц. - $29 \cdot 10^9$ г/л; э - 9%; миелоц. - 10%; с/я - 16%; лимф. - 22%; бластные клетки - 43%; СОЭ - 30 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Наша врачебная тактика?

Задача № 8.

Больная Т., 67 лет, жалуется на общую слабость, головокружение, озноб, высокую температуру ($39,5^{\circ}\text{C}$).

В течение 5 лет увеличены периферические лимфоузлы, по поводу чего больная находится под наблюдением гематолога. День назад состояние больной резко ухудшилось: повысилась температура, появилась общая слабость. Окружающие заметили желтушную окраску кожи.

При осмотре: состояние больной тяжелое, питание удовлетворительное, желтушность кожи и склер, лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые увеличены, мягковато-тестоватой консистенции. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 96 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст. Печень на 2 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Анализ крови: эр. - $2,1 \cdot 10^{12}$ г/л; Hb - 65 г/л; ЦП - 1 ; тромбоциты - $100 \cdot 10^9$ г/л; ретикулоциты - 50%; лейкоц. – $120 \cdot 10^9$ г/л; с/я - 13%; лимф. - 87%; СОЭ - 40 мм/час.

Билирубин общий 80,3 мкмоль/л, непрямой 65,3 мкмоль/л. Желчные пигменты в моче не обнаружены. Уробилин увеличен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ ЗАДАЧ.

Задача №1.

1. Хронический активный гепатит алкогольного генеза в фазе обострения. В пользу диагноза свидетельствуют следующие данные: жалобы – слабость, тяжесть в правом подреберье, исхудание, тошнота, кровоточивость десен, сонливость; указание на длительное злоупотребление алкоголем. Объективные данные: желтушность кожи и склер, «сосудистые звездочки», увеличение печени и селезенки.
2. Общий анализ крови, анализ мочи общий и на содержание желчных пигментов, анализ кала на содержание стеркобилина. Биохимическое исследование крови на содержание билирубина и его фракций, холестерина, ЩФ, белковых фракций, трансаминаз (АЛТ, АСТ), ЛДГ, мочевины, тимоловая проба. УЗИ печени. Пункционная биопсия печени.
3. Физический покой. Диета №5. исключить полностью употребление алкоголя. Кортикостероиды (начальная доза 30-40 мг), иммунодепрессанты (азатиоприн, б-меркаптопурин), гепатопротекторы; витаминотерапия (тиамин, пиридоксина гидрохлорид, цианкоболамин, аскорбиновая кислота), эссенциале; аминокислоты, белковые гидролизаты, глюкоза, антигистаминные препараты. Лечение длительное, включает курсы поддерживающей терапии этими же препаратами, но в меньших дозах.
4. Санаторно-курортное лечение не показано.

Задача №2.

1. Хронический гепатит, возможно обусловленный холестазом, в фазе обострения.
2. Цирроз печени, желчнокаменная болезнь, рак головки поджелудочной железы, гемолитическая желтуха, другие виды гепатитов (острый, активный), рак печени (первичный и метастатический).
3. Диета №5, препараты улучшающие обмен печеночных клеток (эссенциале, гептрал), витамины, урсосан 250 мг 2 раза в день, длительно.

Задача №3.

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, активная фаза. Портальная гипертензия 3 ст., кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Исследование биохимических показателей крови: билирубина крови и его фракций, протеинограммы, осадочных проб (тимоловой, сулемовой), аминотрансферазы, общий анализ крови, анализ мочи общий и на желчные пигменты. УЗИ печени, рентгеноскопия пищевода (варикозное расширение вен). Пункционная биопсия печени.
3. Хронический гепатит, рак печени, эхинококк печени, синдром Бадда – Киари, гепатолиенальный синдром при лейкозах, лимфогранулематоз, гемолитическая анемия, кардиальный цирроз печени.

Задача №4.

1. Болезнь Аддисона-Бирмера.
2. Общий анализ крови, анализ крови на содержание тромбоцитов, ретикулоцитов, характеристику эритроцитов, билирубина, трансаминазную активность крови, тимоловая проба, протеинограмма, коагулограмма, группа крови, резус-фактор, ЭГДС, УЗИ печени, поджелудочной железы. Консультация невролога.
3. Полноценное сбалансированное питание, запрещение алкоголя, цианкобаламин по 200-500 мкг в/м ежедневно, затем через день до наступления гематологической ремиссии.

Задача №5.

1. Аутоиммунная гемолитическая анемия. Надпеченочная желтуха.
2. Проба Кумбса (прямая и непрямая), агрегатгемагглютинационная проба. Определение гемоглобина и гемосидерина в моче (темная, вплоть до черной, окраска мочи), печеночные пробы, УЗИ печени, селезенки.

Задача №6.

1. Острый эритробластный лейкоз II ст., первая атака, алейкемическая фаза, осложненный острой гемолитической анемией, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией.
2. Показаны: стеральная пункция, исследование миелограммы, цитохимическое исследование бластных клеток.

Задача № 7.

1. Хронический миелолейкоз. Развернутая стадия, бластный криз.
2. Полихимиотерапия, курс лечения 5-14 дней.

Задача № 8.

1. Хронический лимфолейкоз, развернутая стадия, осложненная аутоиммунной гемолитической анемией, надпеченочной желтухой.
2. Стеральная пункция (более 30 % лимфоцитов в миелограмме, в пунктате – 95-100 % клеток составляют лимфоциты, встречаются лимфобласты).

Список литературы:

1. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. – М.: МИА, 2001. – 605 с.
2. Гейвандова Н.И., Ягода А.В. Хронические гепатиты (диагностика, лечение, профилактика). – Ставрополь, 2004. – 62 с.
3. Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. Общая врачебная практика. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 496 с.
4. Ивашкин В.И., Буеверов А. Хронические заболевания печени сегодня и завтра // Врач. – 2000. - №6. – С. 40-42.
5. Калинин А.В. Вопросы патогенеза, клиники и лечения алкогольной болезни печени // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2001. – №4. – С. 8-14.
6. Комаров Ф.И. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних органов. – М.: Медицина, 2003. – 478 с.
7. Маевская М.В. Клинические особенности алкогольно-вирусных поражений печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. - №2. – С. 17-20.
8. Майер К.П. Гепатит и его последствия. – М., 1999. – 432 с.
9. Массимо Пинцани. Эволюция фиброза печени: от гепатита к циррозу // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. - №5. – С. 4-9.
10. Подымова С.Д. Болезни печени. – М.: Медицина, 1998. – 703 с.
11. Серов В.В., Апросина З.Г. Хронический вирусный гепатит. – М.: Медицина, 2004. – 384 с.
12. Хронические вирусные гепатиты / Ф.Де. Роза, Л.В. Кирку, Дж.М. Де Санктис, Дж. Эррера, Дж. Барбачили // Российский медицинский журнал. – 1997. - №6. – С. 18-22.
13. Циммерман Я.С. Эволюция учения о хронических гепатитах (вопросы классификации, терминологии, диагностики и лечения) // Клиническая медицина. – 1996. - №8. – С. 19-24.