



**ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5**

***Методическая разработка
для преподавателя на тему:***

Дифференциальный диагноз при портальной гипертензии.

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Методическая разработка
обсуждена и утверждена
на заседании кафедры

Составитель разработки: доц. Крифариди А.С.

Владикавказ

Тема практического занятия: «Дифференциальный диагноз при портальной гипертензии»

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 заболевает 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 синдром портальной гипертензии характерен 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 портальной гипертензией, формулировка клинического диагноза и выбор оптимальной тактики лечения.

Задачи занятия:

- Выявить синдром портальной гипертензии и определить причину его возникновения (цирроз печени, опухоли печени, гемохроматоз, сдавление ствола воротной или селезеночной вены, врожденные аномалии воротной вены, синдром Бадда-Киари 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 – портальной гипертензии;
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 аспирантов на социальную значимость употребления алкоголя, наркотических веществ в этиологии циррозов печени.
2. Показать успехи клинической гепатологии и роль в этом отечественных ученых (Тареев Е.М., Подымова С.Д.).

Оснащение занятия:

Технические средства:

- Мультимедийный аппарат
- негатоскоп

Демонстрационный материал:

- больные циррозом печени,
- истории болезни,
- набор анализов,
- таблицы,

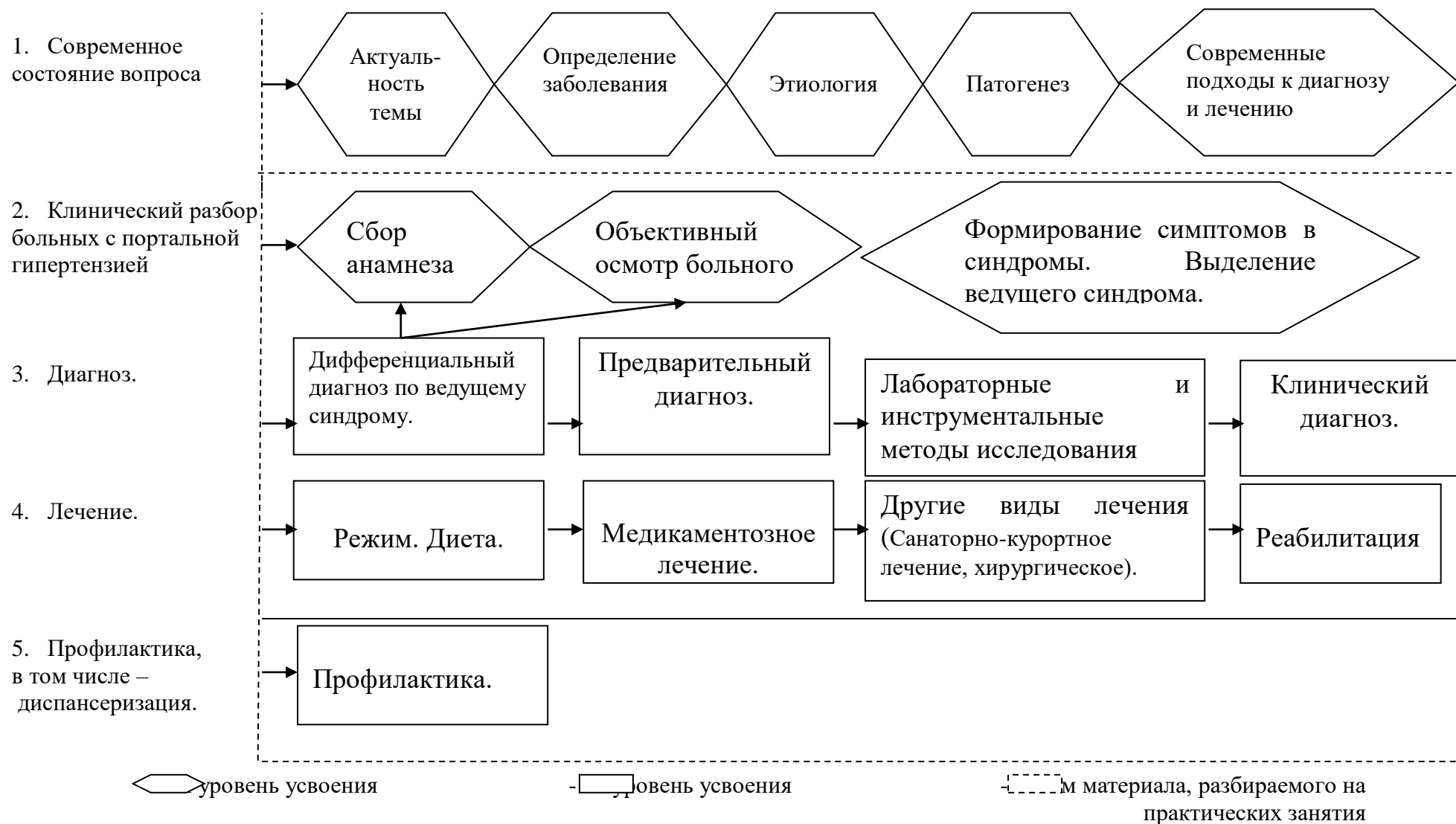
- слайды,

План и организационная структура занятия «Дифференциальный диагноз при портальной гипертензии»

№ 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 циррозов печени	10	III	Уч. комната	Таблицы
10	Тактика врача при циррозе печени	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 портальной гипертензии».



1. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП:

Накануне подбираются больные с синдромом портальной гипертензии (цирроз печени, острый алкогольный гепатит, констриктивный перикардит, опухоли печени и др.). Подробный разбор провести одного больного с циррозом печени, 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 аспирантов 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 (портальная гипертензия) и определяют круг заболевания, привлекаемых для дифференциального диагноза (хронический гепатит, цирроз печени, опухоли печени, миелопролиферативные заболевания и др.).

По ходу осмотра больного преподаватель заостряет внимание аспирантов на характерных особенностях портальной гипертензии 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 занятий в качестве ведущего синдрома портальной гипертензии. Круг заболеваний подлежащих дифференцированию:

Причины портальной гипертензии

Внутрипечёночные причины:

- Цирроз печени
- Узловое разрастание (при ревматоидном артрите, синдроме Фелти)
- Острый алкогольный гепатит
- Приём цитостатиков (метотрексат, азатиоприн, меркаптопурин)
- Интоксикация витамином А
- Шистосомоз
- Саркоидоз
- Альвеококкоз
- Болезнь Кароли
- Болезнь Уилсона
- Врождённый фиброз печени (печёчно-портальный склероз)
- Болезнь Гоше
- Поликистоз печени
- Опухоли печени
- Гемохроматоз
- Миелопролиферативные заболевания
- Воздействие токсичных веществ (винилхлорид, мышьяк, медь)

Предпечёночные причины

- Сдавление ствола воротной или селезёночной вены
- Хирургические вмешательства на печени, жёлчных путях; удаление селезенки
- Повреждение воротной вены в результате травмы или ранения

- Увеличение селезенки при полицитемии, остеомиелофиброзе, геморрагической тромбоцитемии
- Врождённые аномалии воротной вены

Постпечёночные причины

- Синдром Бадда—Киари
- Констриктивный перикардит (например, при кальцификации перикарда) вызывает повышение давления в нижней полой вене, усиливая сопротивление венозному кровотоку в печени
- Тромбоз или сдавление нижней полой вены.

Основное значение имеет расширение вен нижней трети пищевода и дна желудка, т.к. варикозно-расширенные вены легко разрываются, что приводит к кровотечению.

Дифференциальный диагноз проводится путем сопоставления дифференциального заболевания с клиникой больного, причем сначала дается характеристика портальной гипертензии, а затем привлекают другие синдромы:

Синдром гепатомегалии 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).

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

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 аспиранта.

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, опухоли печени, гемохроматоз, сдавление ствола воротной или селезеночной вены, синдром Бадда-Киари и др.).
2. Знать этиопатогенез хронических гепатитов и циррозов печени.
3. Уметь провести дифференциальный диагноз при портальной гипертензии.
4. Уметь составлять программу лабораторно-инструментальных исследований, уметь их интерпретировать.
5. Уметь сформулировать диагноз согласно современной классификации.
6. Перечислить основные заболевания, сопровождающиеся портальной гипертензией.
7. Перечислить другие синдромы, характерные для этих заболеваний.
8. Охарактеризовать печень при циррозе.
9. Перечислить методы лабораторных исследований используемых для выявления причин портальной гипертензии.

10. Перечислить инструментальные методы наиболее информативных в этих случаях.
11. Перечислить основные этиологические моменты возникновения циррозов печени.
12. В чем принципиальное различие цирроза печени и хронических гепатитов.
13. Назовите основные принципы лечения хронических гепатитов и циррозов печени.

Приложение № I.

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

1. Дайте определение цирроза печени.
2. Какие основные клинические синдромы наблюдаются при хроническом гепатите и циррозе печени.
3. Какие встречаются лабораторные синдромы при хроническом гепатите.
4. Дифференциальная диагностика желтух (печеночной, надпеченочной и подпеченочной).
5. Каковы клинические особенности портальной гипертензии.
6. Перечислить лабораторно - инструментальные методы диагностики заболеваний печени.
7. Каковы наиболее важные особенности сосудистой анатомии печени?
8. Опишите микроархитектонику печени, включая систему микроциркуляции.
9. Дайте определение – синдрому портальной гипертензии.
10. Причины портальной гипертензии.
11. Дайте характеристику такой причине портальной гипертензии как увеличенный портальный венозный кровоток.
12. Особенности портальной гипертензии при заболеваниях печени.

13. Надпеченочная форма портальной гипертензии
14. Что такое синдром Бадда-Киари, и при каких заболеваниях он развивается?
15. Каковы симптомы и жалобы у пациентов с синдромом Бадда-Киари?
16. Каковы методы диагностики синдрома Бадда-Киари?
17. Каков прогноз у пациентов с синдромом Бадда-Киари? Каково его лечение?
18. Патогенез портальной гипертензии?
19. Классификация портальной гипертензии?
20. Диагностика синдрома портальной гипертензии?
21. Каковы методы обследования при портальной гипертензии?
22. Перечислить основные препараты при лечении портальной гипертензии и отеков при циррозе печени.
23. На чем основан прогноз при хроническом гепатите и циррозе печени.
24. Прогноз при портальной гипертензии?

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. 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.

8. 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.

9. 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.

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

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

11. Признак, позволяющий отличить цирроз печени от первичного рака печени:

- а) желтуха,
- б) бугристая печень,
- в) Повышение уровня аминотрансфераз,
- г) отсутствие в крови α – фетопротеина,
- д) повышение уровня билирубина

12. У больного портальный цирроз печени со спленомегалией. В анализе крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – 2,54 млн, лейкоциты 3,54 тыс,

тромбоциты – 74 тыс. формула без особенностей. Чем можно объяснить изменения в крови?

- А) гемолизом,
- Б) кровопотерей из расширенных вен пищевода,
- В) Гиперспленизмом,
- Г) нарушением всасывания железа,
- Д) синдромом холестаза

13. Гепатомегалия, спленомегалия и милена предположительно указывают:

- а) на кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки,
- б) на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени,
- в) на тромбоз мезентериальной артерии,
- г) на неспецифический язвенный колит,
- д) на кровоточащие язвы желудка

14. Цирроз печени от хронического гепатита отличается:

- а) наличием цитолитического синдрома,
- б) наличием холестатического синдрома,
- в) Наличием портокавальных и кавакавальных анастомозов,
- г) наличием синдрома холемии,
- д) наличием паренхиматозной желтухи

15. Асцит при циррозе печени развивается вследствие:

- а) вторичного гиперальдостеронизма,
- б) гипоальбуминемии,
- в) портальной гипертензии,
- г) всего перечисленного,
- д) все перечисленное неверно

16. Назовите наиболее частые причины кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта:

- а) эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки,
- б) разрыв варикозно-расширенных вен пищевода и желудка,

- в) эрозивный гастрит и пептическая язва пищевода,
- г) опухоли пищевода и желудка,
- д) ангиодисплазия желудка.

17. Как клинически проявляется кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка?

- а) рвота с примесью неизменной крови,
- б) рвота с примесью крови темно-вишневого цвета,
- в) рвота содержимым типа «кофейной гущи»,
- г) милона,
- д) гематоксезия

18. Какие методы используются в настоящее время для остановки кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода?

- а) введение сосудосуживающих препаратов (вазопрессина, соматостатина),
- б) эндоскопическая электро- и термокоагуляция,
- в) эндоскопическая склерозирующая терапия,
- г) эндоскопическое легирование варикозных узлов,
- д) баллонная тампонада варикозных узлов с помощью зонда Блейкмора

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ.

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. Повышение активности щелочной фосфатазы у больных циррозом печени может свидетельствовать – о циррозе-раке.
8. В этиологии хронического гепатита важное место занимают все перечисленные факторы.
9. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является - повышение активности АЛТ.
10. При отечно-асцитическом синдроме, связанном с циррозом печени, рациональная терапия диуретиками контролируется - взвешиванием больного, измерением суточного диуреза, определением натрия и калия в сыворотке крови.
11. г,
12. в,
13. б
14. в
- 15.г
16. Наиболее частыми причинами кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта служат эрозивно-язвенные поражения желудка, разрыв варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, эрозивный эзофагит и пептическая язва пищевода, опухоли пищевода и желудка. Правильные ответы: а, б, в, г.
- 17 Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода проявляется обычно рвотой с примесью крови темно-вишневого цвета и сопутствующей мelenой. Правильные ответы: б, г
18. Правильные ответы: а, в, г, д.

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.

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 голених патозность, варикозно расширенные вены.

Вопросы

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

Задача № 3.

У больного появилась кровавая рвота. Объективно: имеются отеки, асцит, расширение поверхностной венозной сети на передней брюшной стенке.

Вопросы:

1. Ваше предложение о источнике и причине кровотечения?
2. Тактика лечения?

Задача № 4.

Больной В., 26 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, кровоточивость десен, желтушность кожных покровов.

Три года назад впервые появилась желтушность кожи, при обследовании выявлено увеличение печени и селезенки, печень выступала на 5 см, селезенка на 4 см, резко повышены цифры aminотрансфераз – АЛТ в 9 раз, АСТ в 7 раз, тимоловая проба 16 ед, билирубин превосходил норму в 2 раза, умеренная тромбоцитопения. HBsAg – отр., анти – HAV отр., анти – HCV отр. Тогда же было проведено лечение, состояние улучшилось.

Настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель, появились выраженная слабость, сонливость днем, усилилась желтуха, появились спонтанные десневые кровотечения. В анализах крови билирубин превышает норму в 7 раз, реакция прямая, активность АЛТ повышена в 11 раз, АСТ в 10 раз, тимоловая проба 16 ед.

Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, единичные сосудистые звездочки на кожи кистей, верхней половины груди, спины, печеночные ладони. Печень + 3 см из под края реберной дуги, край заострен, консистенция уплотнена. Селезенка +6 см, плотная.

В анализах крови (эритроциты – $3,3 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $2,2 \cdot 10^9$, тромбоцитов 45 тыс), СОЭ – 46, протромбин 64%, снижение общего белка, альбуминов, повышение глобулинов.

Маркеры вирусов гепатита С положительные.

УЗИ: печень умеренно увеличена за счет обеих долей, структура умеренно диффузно уплотнена. Селезенка 173-80 мм. Воротная вена 12,5 мм, селезеночная вена в области ворот 11 мм. Свободно жидкости в брюшной полости нет.

ЭГДС: по правой стенке пищевода в нижней трети одна расширенная

вена до 0,4 см. слизистая пищевода гиперемирована и отечна в нижней трети, там же видны множественные красные плоские эрозии. Слизистая желудка и 12 п.к. гиперемирована.

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, 6-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. 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 №3.

Пищеводное кровотечение, обусловленное портальной гипертензией.

Задача №4.

1. Цирроз печени, активный, декомпенсированный. Начальные явления портальной гипертензии (варикозное расширение вен пищевода, спленомегалия). Гиперспленизм (лейкопения, тромбоцитопения, эритроцитопения). Эрозивный эзофагит, хронический гастродуоденит в стадии обострения.
2. диета №5, дробное питание, аминокaproновая кислота, дицинон, гепатопротекторы, дезинтоксикационные и др.

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.