



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Методическая разработка
для преподавателя на тему:**

Цирроз печени.

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Методическая разработка
обсуждена и утверждена
на заседании кафедры

Владикавказ

Тема занятия: «ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ».

Место проведения занятия: учебная комната, гастроэнтерологическое отделение.

Мотивация.

Циррозы печени (ЦП) - довольно распространенное заболевание, особенно у мужчин 30-65 лет. По материалам Всемирной организации здравоохранения за 1994 г., показатели смертности (на 100 000 человек) от ЦП у мужчин были следующими: Ирландия - 3,5; Норвегия - 6,4; Великобритания - 7,5; Финляндия - 14,1; Польша - 16,7; Франция - 22,6; Германия - 32,7; Италия - 33,0; Португалия - 34,6; Австрия - 37,1; Румыния - 50,1; Венгрия - 127,4.

В последние годы в ряде стран (Франция, Португалия, Австрия, США) отмечено снижение показателей смертности, а в отдельных странах (Венгрия) - повышение. В мире ежегодно от вирусных циррозов (преимущественно HBV и HCV) умирают около 2 млн человек. Показатели смертности от алкогольных ЦП в развитых странах близки к таковым от вирусных ЦП.

Порядок работы аспиранта по подготовке к занятию:

1. Ознакомление с целями и содержанием семинарского и практического занятия.
2. Проверка и восстановление исходного уровня знаний.
3. Теоретическое освоение ориентировочной основы деятельности (ООД).
4. Проверка усвоения знаний и умений для решения клинических задач.
5. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на практическом и семинарском занятии.

Задание 1.

ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ЦЕЛЬЮ И СОДЕРЖАНИЕМ ЗАНЯТИЯ

Цель занятия: Углубление и приобретение новых знаний, умений и навыков диагностики, освоение принципов дифференциальной диагностики, умение формулировать клинический диагноз, разработка адекватного лечения циррозов печени.

Оснащение занятия:

Технические средства: мультимедийный аппарат; негатоскоп;

Демонстрационный материал: тематические больные; истории болезни; методические пособия; журнальные статьи; слайды; таблицы; эзофагогастродуоденоскопии, УЗИ, сканограммы печени, рентгенограммы; наборы анализов (общих и биохимических анализов крови, общих анализов мочи).

План и организационная структура занятия «Циррозы печени»

Этапы занятия	Время в мин.	Уровень усвоения	Место проведения занятия	Оснащение занятия
Организационные мероприятия	5	-	уч. комната	Журнал
Контроль исходного уровня знаний слушателей	15	II	уч. комната	Контрольные вопросы и задачи
Клинический разбор больных (2-3 человека)	50	II	палата	Больные, истории болезни
Анализ полученных данных, характерных симптомов, выделение заболеваний для диф. диагноза	20	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
Дифференциальный диагноз	30	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
Предварительный диагноз	5	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования	15	III	уч. комната	Истории болезни, анализы
Клинический диагноз по современной классификации	5	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
Тактика врача при циррозе печени	10	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
Прогноз, экспертиза	5	III	уч. комната	Истории болезни

трудоспособности				
Контроль конечного уровня усвоения материала	15	-	уч. комната	Тесты-задачи, задание по НИРС
Задание на дом	5	-	уч. комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме, тематические больные

В соответствии с государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Терапия».

<p>Обучающийся должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Особенности этиологии и патогенеза, классификацию циррозов печени. • Особенности клинического течения циррозов печени. • Дифференциальную диагностику по ведущему синдрому. <ul style="list-style-type: none"> • Осложнения цирроза печени. • Методы обследования больных с циррозом печени. • Перечень и механизм действия лекарственных препаратов, применяемых для лечения больных циррозом печени. <ul style="list-style-type: none"> • Вопросы профилактики и диспансерного лечения. 	<p>Рекомендуемая литература</p> <p style="text-align: center;">Основная</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ивашкин В.Т., Надинская М.Ю., Золотаревский В.Б., ред. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. М–Вести, 2002. 2. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. Под редакцией Шевченко Ю.Л., Денисова И.Н., Кулакова В.И., Хайтова Р.М. «ГЭОТАР-МЕД». 2003.- 1248С. 3. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология. Под ред. Ивашкина В.Т. Гэотар-Медиа, 2009.- 208 с. 4. Рациональная фармакотерапия в гепатологии. Под общ. ред. В.Т. Ивашкина, А.О. Буеверова А.О. М.: Литтерра, 2009.- 296 с.
---	---

Обучающийся должен уметь

- Тщательно и целенаправленно собрать анамнез.
 - Характеризовать клинические проявления циррозов печени.
- Владеть методом дифференциальной диагностики.
- Оценить объем и диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов исследования.
- Правильно интерпретировать полученные клинические данные и данные дополнительных методов обследования.
- Формулировать клинический диагноз.
- Назначить комплексную терапию.

Дополнительная

1. Абдуллаев С.М. Асцит и его осложнения у больных циррозом печени от патогенеза к эффективному лечению. // Клиническая фармакология и терапия. - №1. – 2007. – С. 16-21.
2. Арион А.Е., Игнатова Т.М., Некрасова Т.П. Первичный билиарный цирроз, сочетающийся с аутоиммунным гепатитом. // Гепатологический форум. - №2. – 2009. – 4-6.
3. Лечение осложнений цирроза печени (методические рекомендации для врачей) // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. №3. – 2009. – С. 82-92.
4. М.Ю.Надинская. Печеночная энцефалопатия: патогенетические подходы к лечению. // Consilium Medicum №2 – 2004 – стр. 12–16.
5. Массимо Пинцани. Эволюция фиброза печени: от гепатита к циррозу // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. - №5. – С. 4-9.
6. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов (пищеварения). Том 1. Москва «Медицинская литература». 2000. 548С.
7. Яковенко А.В., Яковенко Э.П. Цирроз печени. Вопросы терапии. // consilium medicum, том 8. - № 7. – 2006.- С. 13-16.

--	--

Задание 2.

Для того, чтобы овладеть умениями и навыками, приведенными выше, Вы должны воспроизвести и при необходимости восстановить Ваши знания, касающиеся данной темы.

В процессе самоподготовки обратите внимание на следующие контрольные вопросы:

1. Дайте определение цирроза печени.
2. Каковы представления о патогенезе цирроза печени?
3. Классификация циррозов печени.
4. Каковы основные клинические синдромы при циррозе печени?
5. Каков патогенез и проявления портальной гипертензии при циррозе печени?
6. Каковы клинические особенности цирроза печени вирусной этиологии?
7. Характерные признаки алкогольного цирроза печени?
8. Какие лабораторные синдромы имеют место при циррозе печени?
9. Какие дополнительные методы исследования используются для диагностики цирроза печени?
10. Какие известны осложнения цирроза печени?
11. Основные принципы лечения цирроза печени.

Соответствуют ли Ваши знания необходимым требованиям, Вы можете проверить по следующим контрольным тестовым заданиям

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Среди морфологических форм цирроза печени в настоящее время выделяются
 - 1) микронодулярный
 - 2) портальный
 - 3) макронодулярный
 - 4) постнекротический
 - 5) правильные ответы 1) и 3)

2. Переход хронического активного гепатита в цирроз печени характеризует
- 1) варикозное расширение вен пищевода
 - 2) спленомегалия
 - 3) желтуха
 - 4) гипоальбуминемия
 - 5) правильные ответы 1) и 2)
3. Для диагноза цирроза печени характерны следующие патогенетические изменения
- 1) некроз
 - 2) фиброз
 - 3) жировая инфильтрация
 - 4) регенерация
 - 5) перестройка архитектоники
4. Наиболее частой жалобой при циррозе является
- 1) слабость
 - 2) отеки ног
 - 3) кровавая рвота
 - 4) абдоминальные боли
5. Наиболее редким физикальным признаком цирроза является
- 1) пальпируемая печень
 - 2) асцит
 - 3) желтуха
 - 4) пальпируемая селезенка
 - 5) сосудистые звездочки (телеангиоэктазии)
6. Первичный билиарный цирроз
- 1) обычно наблюдается у молодых женщин
 - 2) характеризуется обструктивной желтухой
 - 3) характеризуется зудом
 - 4) правильные ответы 1) и 2)
 - 5) правильные ответы 2) и 3)
7. При первичном билиарном циррозе рекомендуются
- 1) кортикостероиды
 - 2) D-пеницилламин
 - 3) холестирамин
 - 4) гепа-мерц
 - 5) правильные ответы 2) и 3)
8. Для первичного билиарного цирроза характерен симптомокомплекс

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы и нормальная щелочная фосфатаза
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-г-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- 4) гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
- 5) желтуха, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

9. В развитии асцита при циррозе печени имеют патогенетическое значение

- 1) портальная гипертензия
- 2) гипоальбуминемия
- 3) увеличение продукции печеночной лимфы
- 4) увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина
- 5) воспаление брюшины

10. Упорный, не поддающийся воздействию диуретиков асцит чаще всего встречается при заболеваниях

- 1) гепатомы
- 2) болезни Бадда - Киари
- 3) хронического тромбоза воротной вены
- 4) констриктивного перикардита

11. У больных асцитом парацентез показан

- 1) для диагностических целей
- 2) для компенсации дыхательных расстройств
- 3) для быстрого лечения асцита
- 4) ни для одной из перечисленных

12. При лечении диуретиками асцита при циррозе печени осложнением является

- 1) гиповолемия
- 2) гипокалиемия
- 3) гиперкалиемия
- 4) азотемия
- 5) нарушение сердечной деятельности

13. Рациональным мероприятием при лечении постцирротического асцита является

- 1) соблюдение диеты с содержанием поваренной соли от 5 до 10 г
- 2) ограничение суточного потребления жидкости до 1/2 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 мэкв
- 3) довести суточный диурез до 2-3 литров
- 4) верошпирон внутрь от 100 до 400 мг с учетом суточного диуреза

5) начинать терапию салуретиками с максимальных терапевтических доз

14. Противопоказаниями к проведению диагностического параабдоминоцентеза является

- 1) лихорадка у больного циррозом печени с асцитом
- 2) нарастание симптомов печеночной энцефалопатии у больного циррозом печени с асцитом
- 3) синдром гиперспленизма
- 4) признаки перитонита

15. Для спонтанного бактериального перитонита при постцирротическом асците характерными являются

- 1) лихорадка
- 2) абдоминальные боли
- 3) нарастание асцита
- 4) углубление энцефалопатии

16. Показанием для склерозирования варикозных вен пищевода является

- 1) цирроз печени субкомпенсированный
- 2) аутоиммунный гепатит
- 3) кровотечение из вен пищевода при циррозе
- 4) рецидивирующая желтуха
- 5) портальная энцефалопатия

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. 5

2. 5

3. 1, 2, 4, 5

4. 1

5. 3

6. 5

7. 5

8. 1

9. 1, 2, 3, 4

10. 2, 3, 4

11. 1, 2, 3, 4

12. 1, 2, 4, 5

13. 4

14. 1, 2, 4

15. 1, 2, 3, 4

16. 3

Задание 4.

Проверить усвоение знаний и умений необходимо при решении следующих клинических задач.

Задача №1.

Больной В., инвалид II группы, жалуется на кровавую рвоту, тяжесть в левом подреберье, отсутствие аппетита, слабость.

До перехода на инвалидность работал слесарем в ЖЭКе, злоупотреблял алкоголем.

Считает себя больным с 40 лет, когда впервые появилась желтуха. В течение 40 дней лечился в инфекционном, а затем в терапевтическом отделении. В последующие годы неоднократно лечился в стационаре по поводу желтухи, зуда, носовых кровотечений, похудания. Выписывался с кратковременным улучшением.

При осмотре: кожа и видимые слизистые оболочки желтушны. На коже под ключицей «сосудистые звездочки». Подкожно-жировой слой и мышечная система развиты недостаточно (рост 167 см, масса тела 54 кг). При аускультации тоны сердца ослаблены, систолический шум над всеми точками. Живот увеличен в объеме, видна «голова медузы», выпячивание пупка. Определяется асцит. Край печени острый, безболезненный, на 2 см выступает из-под реберной дуги, определяется симптом «плавающей льдины». Селезенка значительно увеличена, при пальпации безболезненна.

Анализ крови: Hb 84 г/л, л. $3 \cdot 10^9$ /л, тромбоц. $90 \cdot 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие изменения можно обнаружить при фиброгастроскопии и рентгенологическом исследовании желудка?
3. Показано ли больному хирургическое 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

Больной А, ветеринарный врач 50 лет, поступил с жалобами на отсутствие аппетита, слабость, зуд кожных покровов, одышку, увеличение живота в течение последнего месяца, боли в ногах.

В анамнезе: злоупотреблял алкогольными напитками. Последние три года периодически отмечалась умеренная желтуха, сопровождающаяся кожным зудом и темным окрашиванием мочи, проходящая самостоятельно.

Объективно: больной пониженного питания, кожа желтушная со следами расчесов, тургор снижен, на груди и спине сосудистые звездочки. Дрожание рук, контрактура Дюпюитрена. Со стороны сердца, легких - патологии не выявлено.

Живот увеличен в объеме за счет асцита, пупочная грыжа. Печень и селезенку пальпировать не удается из-за асцита. Стул кашицеобразный, 2 раза в день.

Дополнительные методы обследования:

Анализ крови: эр. - 3.0×10^9 /л, Нв - 80 г/л, ц.п. - 1,1, лейкоциты - 10×10^9 /л, СОЭ - 30 мм/ч, макроцитоз.

Анализ мочи: уд. вес - 1017, белок 0,33 г/л, эр. - 4-5 в поле зрения.

Копрограмма: р-я Греггерсена - отриц. Нейтральные жиры - много. Мышечные волокна неизмененные - много. Внеклеточный крахмал - большое количество.

Биохимия крови: холестерин - 6,5 ммоль/л, Сахар крови - 5,5 ммоль/л. ПТИ - 76%, альбумины - 41%, гамма-глобулины - 21%, билирубин - 69,5 мкмоль/л (прямой 56 мкмоль/л), АсТ - 28 МЕ, АлТ - 35 МЕ, гаммаглутаматтранспептидаза - 240 МЕ (норма - 160 МЕ), креатинин - 70 мкмоль/л, сывороточное железо - 16 мкмоль/л.

Маркеры вирусного гепатита HBS-Ag (-), РНК-HCV (-), антитела к HCV (-).

При фиброгастроскопии выявлено расширение вен в дистальной трети пищевода, 2 неполные эрозии в антральном отделе желудка.

Флюорография - без патологии.

УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени, селезенки. Портальная вена 1,5 см, селезеночная 1,1 см. Асцит. Поджелудочная железа - в проекции головки - кальцинаты.

Вопросы:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

1. Цирроз печени вирусной и алкогольной этиологии, активная фаза, стадия выраженных проявлений, печеночная недостаточность средней тяжести, портальная гипертензия III ст., асцит, гиперспленизм, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Варикозное расширение вен пищевода.
3. Показано хирургическое лечение по поводу варикозного расширения вен пищевода.

Задача №2

1. Микронодулярный цирроз печени алкогольной этиологии. Стадия декомпенсации. Портальная гипертензия III ст., кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Исследование биохимических показателей крови: билирубина крови и его фракций, протеинограммы, осадочных проб (тимоловой, сулемовой), аминотрансферазы, щелочной фосфатазы, общий анализ крови, анализ мочи общий и на желчные пигменты. Сканирование печени, ультразвуковое исследование, рентгеноскопия пищевода (варикозное расширение вен!). Пункционная биопсия печени.
3. Хронический гепатит, рак печени, макронодулярный цирроз печени, эхинококк печени, синдром Бадда-Киари, гепатолиенальный синдром при лейкозах, лимфогранулематоз, гемолитическая анемия, кардиальный цирроз печени.

Задача №3

1. Диагноз: Алкогольный цирроз печени. Неактивная фаза. Стадия декомпенсации. Портальная гипертензия 3 ст. Асцит. Умеренный холестатический синдром. Эрозивный гастрит антрального отдела. Алкогольная нефропатия.
2. Обследование: анализ крови общий, анализ мочи общий, копрограмма, исследование крови на креатинин, холестерин, фибриноген, глюкозу, сывороточное железо. Анализ крови на маркеры вирусного гепатита. УЗИ органов брюшной полости. Стерильная пункция. Консультация невропатолога. Флюорография.
3. Дифференциальный диагноз: хронический гепатит, болезни накопления (гемохроматоз, жировая дистрофия, болезнь Вильсона-Коновалова).

4. Лечение: витамины (В₁₂ , аскорбиновая кислота, В₁ , В₆ , фолиевая кислота), сорбенты и обволакивающие, блокаторы протонной помпы, мочегонные средства, дезинтоксикационная терапия .

Задание 5.

Подготовьте неясные вопросы и положения для выяснения их на практическом занятии!