Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Кафедра внутренних болезней №1

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ № 21**

**к внеаудиторной (самостоятельной) работе**

**по дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни»**

**для специальности**  **060101.65** – Лечебное дело (очная форма обучения)

**ТЕМА**: «Цирроз печени»

Утверждены на кафедральном заседании

протокол № \_ от « \_» 2014 г.

протокол № \_ от «\_ » 2014 г.

Заведующий кафедрой внутренних болезней №2 с курсом ПО

д.м.н., проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Демко И.В.

Заведующий кафедрой внутренних болезней №1

д.м.н., проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Никулина С.Ю.

Составитель :

к.м.н. ,асс. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вырва П.В.

Красноярск

2014

1. **Тема: «Цирроз печени»**
2. **Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИРС.

1. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**:

1.Современные представления об этиопатогенезе циррозов печени (ЦП).

2.Клинические проявления ЦП.

3.Диагностика ЦП.

4.Современные подходы к терапии ЦП.

5.Неотложные состояния у больных осложненным ЦП

1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**.

1. У АЛКОГОЛИКА ЖЕЛТУХА, ВАРИКОЗ ВЕН ПИЩЕВОДА, АСЦИТ, УВЕЛИЧЕНИЕ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ. ИЗ АНАЛИЗОВ: ОБЩИЙ БИЛИРУБИН 212, СВЯЗАННЫЙ БИЛИРУБИН 180МКМОЛЬ/Л, АЛЬБУМИНЫ 32Г/Л, ГАММА-ГЛОБУЛИНЫ 40%, СОЭ 48. АЛТ-80 ЕД, АСТ- 70ЕД. ДИАГНОЗ

1) Амилоидоз внутренних органов

2) Хронический активный гепатит

3) Цирроз печени

4) Желчнокаменная болезнь

5) Первичный билиарный цирроз печени

Ответ: 3

2. У БОЛЬНОЙ ЖЕЛТУХА, ЗУД, ТЕМНАЯ МОЧА, СВЕТЛЫЙ КАЛ, БОЛИ В СУСТАВАХ. ПЕЧЕНЬ +4 см, БЕЗБОЛЕЗНЕННА. В АНАЛИЗАХ: БИЛИРУБИН 60МКМОЛЬ/Л, РЕАКЦИЯ ПРЯМАЯ, ДИСПРОТЕИНЕМИЯ. УВЕЛИЧЕН IgG, ТРАНСАМИНАЗЫ, ПОВЫШЕН ХОЛЕСТЕРИН, ЩФ И ГГТ. УЗИ: МЕЛКООЧАГОВАЯ НЕРАВНОМЕРНОСТЬ В ПЕЧЕНИ. ДИАГНОЗ

1) Цирроз печени

2) Гнойный холангит

3) Первичный билиарный цирроз

4) Хронический панкреатит

5) Амилоидоз печени

Ответ: 3

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1) Внепеченочный блок в результате тромбоза селезеночной вены

2) Синдром Бадда-Хиари

3) Внутрипеченочный блок при жировом гепатозе

4) Надпеченочный блок в результате недостаточности правого сердца

5) Внутрипеченочный блок при циррозе печени

Ответ: 5

4. СНИЖЕНИЕ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1) Нарушения всасывания белков из кишечника

2) Портальной гипертензии

3) Нарушения синтетической функции гепатоцитов

4) Диспротеинемии

5) Малым поступлением белков с пищей

Ответ: 3

5. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Повышение давления в портальной вене

2) Снижение протромбина крови

3) Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка вследствие застоя

4) Снижение фибриногена крови

5) Верно всё

Ответ: 5

6. ПРИЧИНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ

1) Кровотечение из варикозных вен пищевода

2) Прием тиазидовых диуретиков

3) Длительный прием барбитуратов

4) Острый тромбоз печеночной вены

5) Все перечисленное

Ответ: 5

7. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМ

1) Хронический гепатит

2) Желчнокаменная болезнь

3) Острый лейкоз

4) Амилоидоз

5) Цирроз печени

Ответ: 5

8. В РАЗВИТИИ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НЕ ИМЕЮТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ

1) Портальная гипертензия

2) Гипоальбуминемия

3) Увеличение продукции печеночной лимфы

4) Увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина

5) Воспаление брюшины

Ответ: 5

9. ЛАПАРОСКОПИЮ НАЗНАЧАЮТ

1) При подозрении на первичный рак печени

2) При подозрении на метастатический рак печени

3) Для уточнения причины асцита

4) Верно 1) и 2)

5) При всем перечисленном

Ответ: 5

10. ХРОНИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИВОДИТ

1) К жировой дистрофии

2) К хроническому персистирующему и активному гепатиту

3) К циррозу печени

4) Ко всему перечисленному

5) Верно б) и в)

Ответ: 4

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам**.

**Задача 1**.

У больного 2 дня назад появилась резкая слабость, черный жидкий кал. В анамнезе злоупотребление алкоголем, язвенной болезнью не страдал. При осмотре выявлены телеангиоэктазии в «зоне декольте», «печеночные ладони», наличие асцитической жидкости, увеличение печени на 4 см ниже реберной дуги. Печень плотная, край острый, поверхность бугристая. Расширение вен передней брюшной стенки.

1) Поставьте диагноз.

2) Какое осложнение развилось у данного больного?

3) Остановка кровотечения из вен пищевода.

4) Реабилитация пациента и профилактика обострений.

5) Профилактика кровотечения из вен пищевода

**Задача 2.**

У больного 48 лет жалобы на увеличение живота в объеме, пастозность голеней. В прошлом злоупотреблял алкоголем. Увеличение живота и отечность голеней заметил месяц назад. Объективно: телеангиэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка, флюктуация. Печень и селезенку пропальпировать не удалось. Билирубин крови 30 мкмоль/л. АЛТ 80 ммоль/л. АСТ 120 ммоль/л. Протромбиновое время 50%. Натрий 135 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л. Креатинин 80 мкмоль/л. Альбумины 29 г/л.

1) Ваш полный диагноз?

2) Какова причина асцита?

3) Определите биохимические синдромы.

4) Лечение асцита

5) Какова вторичная профилактика прогрессирования заболевания?

**Задача 3**.

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой половине живота, неустойчивый стул, кожный зуд.

Из анамнеза болезни: 5 лет назад перенесла гепатит.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, живот увеличен в размерах, на передней брюшной стенке – расширение вен. При осмотре у больной отмечена ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. При пальпации: печень плотная, болезненная, край ее неровный, увеличена на 5-6 см, отмечено увеличение селезенки.

1) Ваш диагноз?

2) План обследования?

3) Выделить основные синдромы

4) План лечения

5) Какие методы диагностики необходимы для уточнения портальной гипертензии?

**Задача 4.**

У больного 10 дней назад появилась резкая слабость, черный жидкий кал. В анамнезе – злоупотребление алкоголем, язвенной болезнью не страдал. Выявлено наличие асцитической жидкости, увеличение печени на 2 см., плотная, край острый. Селезенка на 4 см. из подреберья, плотная, расширение вен передней брюшной стенки.

1) Поставьте предварительный диагноз?

2) Какое осложнение развилось у данного больного?

3) Какой синдром явился причиной данного осложнения?

4) План лечения

5) Профилактика данного осложнения

**Задача 5**.

Больной 48 лет. Жалобы на увеличение и тяжесть в животе. В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет отмечалась гепатомегалия. Увеличение живота в объеме заметил 1 месяц назад.

Объективно: телеангиэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируются. Диурез – 700мл. Билирубин крови – 30 мкмоль/л, АсАТ – 0,8 ммоль/мл/ч., АлАТ – 1,2 ммоль/мл/ч., протромбиновое время – 50%, Na – 135 ммоль/л, K – 3,9 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, белок - 52 г/л.

1) Поставьте диагоз?

2) Какова причина асцита?

3) Определите биохимические синдромы

4) Какие показатели следует наблюдать?

5) Какие показания для пункции асцита?

**Ответы к ситуационным задачам:**

**Задача №1**

1. Алкогольный цирроз печени с явлениями портальной гипертензии.

1. Кровотечение из варикозных вен пищевода.
2. Лечение кровотечения: зонд Блекмора, полиглюкин (плазма) до 2,5 л/сутки в/в капельно, аминокапроновая кислота 5% 100 мл в/в капельно или дицинон до 3,0 г/сут, сандостатин 25 мкг/ч в течение 5 дней, квамател 20 мг в/в капельно, высокие очистительные клизмы. Через зонд вводят водную смесь неомицина.
3. Полный отказ от алкоголя; длительный прием неселективных β-адреноблокаторов (анаприлин, обзидан) под контролем АД и ЧСС. Ограничение физических нагрузок, показана полноценная по содержанию белков, жиров,  
   углеводов диета, обогащенная витаминами. Из пищевого рациона исключаются консервированные, острые,  
   жирные, жареные блюда. Лечение воспалительных процессов любой локализации. Контрольные осмотры проводят  
   не реже 2 раз в течение года, включая определение активности АЛТ, ACT, содержание билирубина, УЗИ органов брюшной полости.
4. Больные, выжившие после первого эпизода кровотечения из ВРВП, нуждаются в профилактическом лечении неселективными β-адреноблокаторами (пропранолол, надолол, тимолол) или в выполнении эндоскопической перевязки варикозных узлов. По возможности, гемодинамический эффект применения β-адреноблокаторов необходимо мониторировать: если не удается достичь снижения градиента давления в печеночных венах на 20% от исходного или менее 12 мм рт.ст., рационально присоединение к β-адреноблокаторам изосорбита мононитрата (10-20 мг 2 р/сут). Больным, у которых первый эпизод кровотечения из ВРВП развился на фоне приема β-адреноблокаторов, вторичная профилактика должна быть комплексной и включать наряду с β-адреноблокаторами также эндоскопическое лигирование варикозных узлов

**Задача №2.**

1. Алкогольный цирроз печени класса В (или С - недостаточно данных) по Чайлд-Пью с явлениями печеночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии.
2. Портальная гипертензия.
3. Синдромы: печеночно-клеточной недостаточности, цитолиза (минимальная активность).
4. 1. Строгий постельный режим; 2. Гипонатриевая диета: при минимальном и умеренном асците ограничение приема поваренной соли до 1-1,5 г/сут , при напряженном асците – до 0,5-1 г/сут . 3. Ограничение приема жидкости (до 0,8-1,5 литров в день) при напряженном асците. 4. Диуретическая терапия: антагонисты альдостерона (верошпирон 100-300 мг/сут, ) плюс натрийуретики при отсутствии эффекта антагонистов альдостерона (фуросемид 40-240 мг/сут).

5. Диспансеризация. Запрет алкоголя. Диета. Резкое ограничение лекарственных препаратов, особенно гепатотоксичных. Постоянный прием спиронолактона (верошпирон) - 50 - 100 мг в сут., гепатопротекторов, ферментов, неселективных β-блокаторов.

**Задача №3**

1. Диагноз: Цирроз печени (вероятнее всего, вирусный), ст. субкомпенсации.

2.План обследования: общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, ЩФ, мочевина, креатинин, сахар крови, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, RRS, чрескожная биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата, иммуноглобулины крови, серологические маркеры вируса гепатита А, В, С, Д.

3. Болевой, холестатический, астенический, диспептический, портальной гипертензии.

4. Назначения гепатопротекторов (УДХК), пребиотиков (лактулоза), дезинтоксикационная терапия (стерофундин), β-адреноблокаторы (анаприлин).

5. ФГС (Варикозные вены пищевода), УЗИ органов брюшной полости + ДС с ЦДК сосудов порто-печеночного региона (коллатеральный кровоток, реканализация пупочной вены, спленомегалия), Ректороманоскопия –RRS (расширение геморроидальных вен).

**Задача №4**

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, стадия декомпенсации.

2. Кровотечение из варикозных вен пищевода.

3. Внутрипеченочная портальная гипертензия.

4. Лечение кровотечения: зонд Блекмора, полиглюкин (плазма) до 2,5 л/сутки в/в капельно, аминокапроновая кислота 5% 100 мл в/в капельно или дицинон до 3,0 г/сут, сандостатин 25 мкг/ч в течение 5 дней, квамател 20 мг в/в капельно, высокие очистительные клизмы. Через зонд вводят водную смесь неомицина. Базисное лечение Цирроза печени: Назначения гепатопротекторов, пребиотиков (лактулоза), дезинтоксикационная терапия (стерофундин), β-адреноблокаторы (анаприлин), мочегонные (спиронолактон 300мг + фуросемид 120мг), контроль диуреза.

5. Полный отказ от алкоголя; длительный прием неселективных β-адреноблокаторов (анаприлин, обзидан) под контролем АД и ЧСС. Ограничение физических нагрузок, показана полноценная по содержанию белков, жиров,  
углеводов диета, обогащенная витаминами. Из пищевого рациона исключаются консервированные, острые,  
жирные, жареные блюда. Лечение воспалительных процессов любой локализации. Контрольные осмотры проводят  
не реже 2 раз в течение года, включая определение активности АЛТ, ACT, содержание билирубина, УЗИ органов брюшной полости.

**Задача №5**

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, субкомпенсация.

2. Портальная гипертензия, гипопротеинемия.

3. Синдромы: портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность, цитолиз.

4. Ежедневно: пульс, АД, массу тела (должна уменьшатся на 200 г/сут), окружность живота, диурез (-500 мл).

Повторить: ПВ, АЛТ, АСТ, Na, K, билирубин, белок крови.

5. Пункция брюшной полости – только при отсутствии эффекта консервативного ведения или плохой переносимости диуретиков.

1. **Перечень практических умений по изучаемой теме:**

1. Знать особенности сбора анамнеза и физикального обследования больных с циррозом печени.

2. Умение грамотно интерпретировать результаты анализов периферической крови, биохимических данных, вирусограмм, результатов инструментального обследования больных с циррозом печени.

3. Овладеть навыками составления оптимального плана обследования больных с циррозом печени.

4. Умение квалифицированно назначать терапию при циррозе печени.

5.Выполнить пальпацию живота

6.Определить размеры печени по Курлову

7.Определить длиник и поперечник селезенки

8. История болезни по терапии

9.Вечерний обход

1. **Рекомендации по выполнению НИРС:**

1. Первичный билиарный цирроз печени

2. Клиника и диагностика печеночной энцефалопатии

3. Клиника и диагностика синдрома портальной гипертензии

4. Лечение печеночной энцефалопатии

5. Лечение асцита

6. Неотложная помощь при циррозе печени, осложненном кровотечением из варикозных вен пищевода

1. **Рекомендованная литература по теме занятия:**

**-обязательная**

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / ред. Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Т. 1. - 672 с.

2. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / ред. Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Т. 2. - 592 с.

3.Формулировка клинического диагноза (внутренние болезни, хирургические болезни, акушерство, гинекология) : метод. рекомендации для самостоят. работы студентов 4-6 курсов, обучающихся по специальности 060101 - Лечебное дело / сост. И. В. Демко, Д. Б. Дробот, О. В. Первова [и др.] ; ред. И. В. Демко ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 29 с.

4. Лекарственные средства : (сб. рецептов, изучаемых на циклах внутренние болезни, профпатология, эндокринология, хирургические болезни, акушерство и гинекология для самостоят. работы студентов 4-6 курсов, обучающихся по специальности 060101 - Лечебное дело): метод. пособие / сост. И. В. Демко, С. Ю. Никулина, И. И. Черкашина [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 118 с.

**- дополнительная**

1. Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике : учеб. пособие для студентов мед. вузов : в 2 ч. / Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - Ч.2. - 156 с.

2. Циррозы печени / Е. Г. Грищенко, Н. Н. Николаева, Л. В. Николаева ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : ЛИТЕРА-принт, 2012. - 133 с.

**- электронные ресурсы**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека OnLine;

4. ЭНБ eLibrary