**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №18

на тему: «**Диагностика и принципы лечения цирроза печени».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Диагностика и принципы лечения цирроза печени».** (50мин)**Актуальность темы:** Система органов пищеварения - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать диагностику и принципы лечения цирроза печени.

**План занятия:**

* Ознакомление с тактикой ведением больных;
* Демонстрация практических навык ;
* Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствиисо стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важныекачества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовойдеятельности специалиста.

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовыезадания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Диагностика и принципы лечения цирроза печени.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

 **Уровни усвоения: 2**,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* работать с портативной диагностической аппаратурой;
* оказывать посиндромнуюмедицинскую помощь;
* оценивать эффективность оказания медицинской помощи;
* контролироватьосновныепараметрыжизнедеятельности;
* осуществлятьфармакотерапию;
* осуществлятьмониторингсостоянияпациента;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-2**- способен проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала больных, оформить медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка.**ПК-3**-способен проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, использовать обоснованные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди детей с учетом их возраста.**ПК-12-**способен анализировать результаты основных клинико-лабораторных методов исследования и оценить функциональное состояние детского организма с целью своевременной диагностики заболеваний. | **РО 4** - Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.РО5 = ПК2 + ПК3+ПК12 | **РОд- 1**способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей и умеет применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов.**РОд-2:**способен выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и умеет применить фундаментальные знания (анатомо-топографическое и гистофизиологическое обоснование) и основ физикального обследования. | **РОт**: Знает и понимает: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагнозc учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать больных - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ;- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Ролевая игра врач и терапевт | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель.лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции |  | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Василенко В.Х. и Гребенев А.Л.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

 3. «Пропедевтика внутренних болезней» Молдобаева М.С.

 4. «Пропедевтика внутренних болезней» Шелагуров А.А.

 5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

**ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Перечислите исследования, необходимые для диагностики цирроза печени.
 | 1.Исследование крови на наличие антигенов вирусов гепатита А, В, С, Д и антител к ним, определение уровня в крови: АЛТ, АСТ, ЛДГ, щелочной фосфатазы, общего белка и белковых фракций, билирубина и его фракций, фибриногена, холестерина, протромбина, проведение бромсульфофталеинового теста, определение СРБ, проведение тимоловой пробы. УЗИ печени и желчных путей. Биопсия печени, общий анализ крови, мочи, кала. Некоторым больным лапароскопический осмотр печени, компьютерная томография, спленоманометрия. |
| 1. Перечислите исследования, необходимые для диагностики портальной гипертензии.
 | 2.Выявление асцита, наличия расширен. вен на поверхности брюшной стенки, исследование прямой кишки для выявления варикозно расширенных геморроидальных вен, гастроскопия для выявления расширенных вен пищевода и желудка, спленоманометрия. УЗИ определение расширения воротной и селезеночной вен. |
| 1. Перечислите исследования, минимально необходимые для уточнения этиологии гепатита и цирроза печени.
 | 3.Определение антигенов и антител к вирусам гепатита А,В,С,Д, определение алкогольного гиалина, щелочной фосфатазы. |
| 1. Перечислите исследования, минимально необходимые для оценкифункционального состояния печени у больных хроническими гепатитами и циррозами печени.
 | 4.Определение общего белка и белковых фракций, билирубина и его фракций, фибриногена, холестерина, протромбина, проведение бромсульфофталеинового теста. |
| 1. Перечислите исследования, минимально необходимые для оценки степени активности воспалительного процесса в печени.
 | 5.Определение белковых фракций крови, фибриногена, СРБ, СОЭ. Тимоловая проба. Биопсия печени. |

## Осложнения

* [печёночная кома](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%87%D1%91%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0)
* [кровотечение](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) из варикозно-расширенных вен пищевода
* [тромбоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D0%B7) в системе [воротной вены](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B0)
* [гепаторенальный синдром](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC)
* формирование рака печени — [гепатоцеллюлярной карциномы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D1%8E%D0%BB%D1%8F%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0)
* инфекционные осложнения — [пневмонии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F), «спонтанный» [перитонит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%82) при асците, сепсис

## Диагностика

Характерно повышение активности [АЛТ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%9B%D0%A2), [АСТ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D0%BF%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B0), [щелочной фосфатазы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A9%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%84%D0%BE%D1%81%D1%84%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%B7%D0%B0), [лейкоцитоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B7). При гепатолиенальном синдроме может развиваться [гиперспленизм](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BC&action=edit&redlink=1" \o "Гиперспленизм (страница отсутствует)), проявляющийся [лейкопенией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), [тромбоцитопенией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), [анемией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F) и увеличением клеточных элементов в [костном мозге](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3).

Расширенные и извитые венозные коллатерали выявляются при [ангиографии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F), [компьютерной томографии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D1%8C%D1%8E%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F), [ультразвуковом исследовании](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B5_%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) или в ходе оперативного вмешательства.

## Классификация

### Морфологическая классификация

Предложена Всемирной ассоциацией гепатологов (Акапулько, [1974](https://ru.wikipedia.org/wiki/1974)) и ВОЗ ([1978](https://ru.wikipedia.org/wiki/1978))[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-Sadovnikova-6).

* мелкоузловой, или мелконодулярный цирроз (диаметр узлов от 1 до 3 мм)
* крупноузловой, или макронодулярный цирроз (диаметр узлов более 3 мм)
* неполная септальная форма
* смешанная (при которой наблюдаются различные размеры узлов) форма

### Этиологическая классификация

Различают следующие формы цирроза[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-Sadovnikova-6):

* вирусный
* алкогольный
* лекарственный
* вторичный билиарный
* врождённый, при следующих заболеваниях:
	+ гепатолентикулярная дегенерация
	+ гемохроматоз
	+ дефицит α1-антитрипсина
	+ тирозиноз
	+ галактоземия
	+ гликогенозы
* застойный (недостаточность кровообращения)
* болезнь и синдром Бадда-Киари
* обменно-алиментарный, при следующих состояниях:
	+ наложение обходного тонкокишечного анастомоза
	+ ожирение
	+ тяжёлые формы сахарного диабета
* цирроз печени неясной этиологии
	+ криптогенный
	+ первичный билиарный
	+ индийский детский

### Шкала оценки тяжести печёночной недостаточности по Чайлду — Пью

Функция печёночных клеток при циррозе печени оценивается по Чайльду — Пью

|  |  |
| --- | --- |
| **Параметр** | **Баллы** |
| **1** | **2** | **3** |
| [Асцит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D1%86%D0%B8%D1%82) | Нет | Мягкий, легко поддаётся лечению | Напряжённый, плохо поддаётся лечению |
| [Энцефалопатия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D1%86%D0%B5%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F) | Нет | Лёгкая (I—II) | Тяжёлая (III—IV) |
| [Билирубин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%80%D1%83%D0%B1%D0%B8%D0%BD), мкмоль/л(мг%) | менее 34 (2,0) | 34—51 (2,0—3,0) | более 51 (3,0) |
| [Альбумин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D1%8C%D0%B1%D1%83%D0%BC%D0%B8%D0%BD), г/л | более 35 | 28—35 | менее 28 |
| ПТВ, (сек) или ПТИ (%) | 1—4 (более 60) | 4—6 (40—60) | более 6 (менее 40) |

Класс цирроза выставляется в зависимости от суммы баллов по всем параметрам. Сумма баллов 5—6 соответствует классу A, при сумме 7—9　— классу B, а при сумме в 10—15 баллов — классу C[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-Sadovnikova-6).

Ожидаемая продолжительность жизни у больных класса А составляет 15—20 лет, послеоперационная летальность при полостном хирургическом вмешательстве — 10 %. Класс В является показанием для рассмотрения вопроса о пересадке печени; при этом послеоперационная летальность при полостном хирургическом вмешательстве достигает 30 %. У больных класса С ожидаемая продолжительность жизни достигает 1—3 года, а послеоперационная летальность при полостном вмешательстве — 82 %. На основании критериев Чайлда — Пью предложено оценивать необходимость в трансплантации печени: высокая необходимость у больных, относящихся к классу С, умеренная — у больных класса В и низкая — у больных класса А[[11]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-11).

### Система критериев SAPS

В последние годы для определения прогноза у пациентов в момент развития желудочно-кишечного кровотечения, комы, сепсиса и других осложнений используется система критериев SAPS (Simplified Acute Physiology Score), включающая основные физиологические параметры[[12]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-12). В стратификации имеют значение: [возраст](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82), [ЧСС](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%A1%D0%A1), ЧДД, систолическое [артериальное давление](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), [температура тела](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0_%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B0), [диурез](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%83%D1%80%D0%B5%D0%B7), [гематокрит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%B8%D1%82), [лейкоциты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D1%8B) крови, [мочевина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B0), [калий](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B9), [натрий](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B9), и [бикарбонаты](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B1%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D1%82%D1%8B&action=edit&redlink=1) [плазмы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B0%D0%B7%D0%BC%D0%B0_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8), а также стадия [печёночной комы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%87%D1%91%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0)[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-Sadovnikova-6).

### Формулировка диагноза

Диагноз выставляется по следующей схеме

* Основной:
	+ Цирроз печени,
	+ морфология (если есть), [этиология](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F),
	+ активность, класс по [шкале Чайлда-Пью](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%A7%D0%B0%D0%B9%D0%BB%D0%B4%D0%B0-%D0%9F%D1%8C%D1%8E&action=edit&redlink=1), стадия компенсации.
* Осложнения:
	+ Портальная гипертензия.
	+ Присутствующие синдромы (асцит, варикозно-расширенные вены пищевода (степень расширения)),
	+ гиперспленизм (степень),
	+ энцефалопатия (этиология, степень, стадия …)

## Лечение

Лечение цирроза печени заключается в употреблении лекарственных препаратов и строгом соблюдении диеты, однако сформировавшийся цирроз печени необратим: печень в таком состоянии вылечить невозможно, единственный способ спасти жизнь пациенту — трансплантация печени.

### Профилактические мероприятия

* предупреждение заражения острым вирусным гепатитом
* отказ от алкоголя
* защита от гепатотоксических препаратов
* Диета

Диета при ЦП должна быть полноценной, содержащей 70—100 г [белка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BA) (1—1,5 г на 1 кг массы тела), 80—90 г [жиров](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D1%80%D1%8B) (из них 50 % — [растительного происхождения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B6%D0%B8%D1%80%D1%8B)), 400—500 г [углеводов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%B3%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%8B). Необходимо учитывать привычки больного, переносимость продуктов и сопутствующие заболевания [органов пищеварения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0). Исключаются химические добавки, [консерванты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D1%82) и токсические ингредиенты. Диета модифицируется при наличии осложнений портальной гипертензии (отечно-асцитический, гепаторенальный синдром, печёночная энцефалопатия и др.)

**Контрольные тесты для проверки знаний студентов на тему Цирроз печени:**

**1.** Больной А., 68 лет поступил с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода. Неделю назад стали беспокоить боли в правом подреберье, развилась желтуха. Страдает хроническим алкоголизмом. При осмотре кожа и склеры желтушны, телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на 4 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ-44 мм/ч. Общий билирубин-58 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой из перечисленных диагнозов НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?

A) цирроз печени, компенсация

B) первичный билиарный цирроз печени

C) вторичный билиарный цирроз печени

D) хронический гепатит минимальной степени активности

E) цирроз печени, декомпенсация. Портальная гипертензия

**2.** Больную С., 45 лет в течение последних 2 месяцев стали беспокоить боли в правом подреберье, 2 недели назад развилась желтуха. В анамнезе вирусный гепатит В, злоупотребляет алкоголем. При осмотре пониженного питания. Кожа и склеры желтушны, имеются телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 3-4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на 2-3 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ - 34 мм/час; общий билирубин - 74 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой метод обследования НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН?

A) ЭРХПГ

B) трепанобиопсия

C) дуоденальное зондирование

D) пункционная биопсия печени

E) УЗИ органов брюшной полости

**3.** Больной С., 66 лет жалуется на слабость, плохой аппетит, тяжесть в эпигастрии, вздутие живота, ограничение выделения мочи в течение последних 2 недель. В течение года беспокоил кожный зуд. При осмотре состояние тяжелое, пониженного питания. Кожа и слизистые иктеричны, следы расчесов. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень на 4-5 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, край острый. Селезенка увеличена на 2-3 см, плотная. В крови: Нв - 108 г/л, тромб. – 182 тыс., СОЭ – 22 мм/ч. НАИБОЛЕЕ РАННИМ признаком данной патологии является:

A) асцит

B) кожный зуд

C) спленомегалия

D) снижение массы тела

E) диспепсические явления

**4.** Больной О., 58 лет поступил с жалобами на тупые боли в эпигастрии справа, увеличение живота, одышку, склонность к запорам, общую слабость. Ухудшение в течение 2-3 месяцев: постепенно увеличился живот, появились боли, был эпизод кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. При осмотре склеры субиктеричны. Живот увеличен в объеме, асцит. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Выраженная спленомегалия. Какая тактика ведения НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА?

A) эубиотики + прокинетики + витамины

B) витамины + индукторы интерферона + ферменты

C) гепатопротекторы + петлевые диуретики + прокинетики

D) противовирусные препараты + витамины + прокинетики

E) антагонисты альдостерона + гепатопротекторы + эубиотики

**5.** Больной А., 48 лет, злоупотребляющий алкоголем, поступил с жалобами на боли в правом подреберье, желтуху, общую слабость. Неделю назад было кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. При осмотре кожа и склеры желтушны, телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на 4 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ - 44 мм/ч. Общий билирубин-68 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН?

A) кортикостероиды + желчегонные средства + ферменты

B) гепатопротекторы+ эритромасса + желчегонные средства

C) кортикостероиды + гепатопротекторы + желчегонные средства

D) гепатопротекторы + свежезамороженная плазма + витамины С, К

E) препараты железа + кортикостероиды + желчегонные средства

**6.** Больной А., 73 лет жалуется на тяжесть в правом подреберье, периодически носовые кровотечения. В анамнезе миокардит. При осмотре: отеки на ногах. Пальмарная эритема. Одышка. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, болезненная. Селезенка увеличена на 6 см. В крови: СОЭ-21 мм/ч, тимоловая проба-10 ед., АЛТ-3,3 мкмоль/л, АСТ-3,9 мкмоль/л. ЭхоКГ: резкое снижение сократительной способности миокарда. Целью патогенетической терапии НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО является:

A) детоксикация

B) устранение цитолиза

C) коррекция электролитных нарушений

D) купирование мезенхимального воспаления

E) коррекция недостаточности кровообращения

**7.** У больной К., 83 лет окружающие заметили желтушность кожи, по поводу чего она обратилась к врачу. В анамнезе вирусный гепатит В. При осмотре кожа и склеры иктеричные. Живот мягкий, печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции. Селезенка увеличена на 4 см. В крови билирубин -72,6 мкмоль/л, АЛТ - 1,2 мкмоль/л, тимоловая проба - 11 ед, щелочная фосфатаза - 9,3 мкмоль/л. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ особенностью течения патологии в данной возрастной группе является:

A) частые обострения

B) высокая активность

C) стертость клинических проявлений

D) выраженность симптомов интоксикации

E) выраженная желудочно-кишечная диспепсия

**8.** Больная К., 33 лет жалуется на боли в правом подреберье, слабость, сонливость, снижение аппетита, кожный зуд, периодически носовые кровотечения в последние 4 месяца. В анамнезе туберкулез легких. При осмотре кожа и склеры желтушные, следы расчесов. Живот мягкий, печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна. Умеренная спленомегалия. В крови: билирубин -118,6 мкмоль/л, АЛТ-2,8 мкмоль/л, тимоловая проба-10 ед, щелочная фосфатаза - 7,6 мкмоль/л. Какой план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН?

A) эссенциале + креон + преднизолон

B) гепабене + фестал + витамины А, Е, К, Д

C) витамины группы В + ферменты + гепадиф

D) гептрал + витамины А, Е, К + холестирамин

E) антибиотики + преднизолон + холестирамин

**9.** Больной М., 38 лет обратился с жалобами на тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения. При осмотре видимые слизистые субиктеричны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, плотная, болезненная. Умеренная спленомегалия. В крови: СОЭ-21 мм/ч, общий билирубин 58,8 мкмоль/л (прямой билирубин 22,4 мкмоль/л), тимоловая проба-12 ед., АЛТ-6,4 мкмоль/л, АСТ-5,9 мкмоль/л. ПЦР на HBV – положительный. В план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО включить:

A) цитостатики

B) глюкокортикоиды

C) желчегонные средства

D) противовирусные средства

E) антибактериальные препараты