

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет

Затверджено
на засіданні кафедри
Внутрішньої медицини №1

Завідувачка кафедри

_____ Г.С.Маслова
(підпис) д.мед.н.доц.)

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів під час підготовки
до практичного (семінарського) заняття та на занятті**

Навчальна дисципліна	Внутрішня медицина
Модуль №	«Основи внутрішньої медицини (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія)»
Тема заняття	Цирози печінки
Курс	IV
Факультет	Медичний 1,2

1. Актуальність теми.

Частота цирозів печінки є причиною 1-3% серед усіх померлих. Чоловіки хворіють в 2 рази частіше ніж жінки. Цироз печінки найчастіше виникає в середньому у віці 45 років у чоловіків та в 55 років у жінок. Найбільш частими причинами виникнення цирозу печінки є вірусні гепатити та зловживання алкоголем. Щоденне вживання 60 г етанолу чоловіками та 30 г етанолу жінками через 5-8 років призводить до розвитку цирозу печінки.

2. Конкретні цілі:

- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори цирозу печінки.
- Проводити опитування та фізикальний огляд пацієнтів з захворюваннями печінки.
- Аналізувати різні клінічні варіанти та ускладнення, клінічні прояви захворювань печінки.
- Скласти план обстеження хворих з захворюваннями печінки.
- Трактувати результати інвазивних та неінвазивних діагностичних методів та визначати показання та протипоказання до їх проведення, можливі ускладнення.
- Запропонувати захворювання для проведення диференційного діагнозу, обґрунтовувати та формулювати діагноз цироз печінки.
- Пояснювати тактику ведення (рекомендації стосовно режиму, дієти, лікування, реабілітаційні заходи) хворого, немедикаментозне та медикаментозне лікування, в тому числі прогноз захворювання та їх ускладнення.
- Визначати необхідність проведення первинної та вторинної профілактики при цирозах печінки.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Курс нормальної анатомії	Описувати анатомічні особливості будови гепатобіліарної системи

Курс нормальної фізіології	Демонструвати знання нормальної фізіології функції печінки
Біохімія	Мати уявлення о хімічних реакціях та процесах, які відбуваються в клітинах та тканинах при захворюваннях печінки
Патологічна анатомія	Описувати основи патологічних процесів та морфологічні аспекти патогенезу захворювань печінки
Патологічна фізіологія	Визначати закономірності виникнення розвитку та результату патологічних процесів; особливості і характер динамічних змін фізіологічних функцій при захворюваннях печінки.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Демонструвати вміння проводити опитування (збір скарг, анамнезу захворювання і життя). Володіти методикою фізикального обстеження пацієнтів
Фармакологія	Застосовувати знання про класифікацію, фармакокінетику, фармакодинаміку препаратів, що призначаються при захворюваннях печінки
Хірургія	показання до трансплантації печінки

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Мікронодулярний цироз печінки	Печінка представлена дрібними за розміром вузликами до 3 мм, розмежовані тонким шаром сполучної тканини
Макронодулярний цироз печінки	Цироз, при якому розмір вузлів сягає до 5 см в діаметрі, які розмежовані тяжами сполучної тканини
Асцит	Патологічне накопичення рідини в черевній порожнині
Гепаторенальний синдром	Прогресуюча функціональна ниркова недостатність внаслідок різких дисциркуляторних

	порушень (вазоконстрикція) судин нирок в кірковому шарі у пацієнтів, які мають виражену печінкову недостатність, в результаті гострого або хронічного захворювання печінки з синдромом портальної гіпертензії, за відсутності того чи іншого етіологічного фактору ураження нирок.
Печінкова енцефалопатія	Це порушення функціонування мозку, що викликається печінковою недостатністю і / або портосистемним шунтуванням, яке проявляється широким спектром неврологічних або психіатричних порушень від субклінічних змін до коми.

4.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Назвіть основні причини цирозів печінки.
2. Які анатомо-морфологічні зміни виникають при цирозах печінки.
3. Класифікація цирозів печінки.
4. Основні клінічні синдроми при цирозах печінки.
5. Механізм виникнення портальної гіпертензії.
6. Клінічна симптоматика.
7. Ускладнення які виникають при цирозах печінки.
8. Механізм виникнення і клінічна картина печінкової енцефалопатії.
9. Лікування цирозів печінки та ускладнень.

4.3 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- з'ясування скарг, анамнезу захворювання, опитування за системами.
- проведення огляду, пальпації, перкусії, аускультатії хворого.
- інтерпретація даних лабораторних та інструментальних методів дослідження.
- відпрацювання схеми надання першої допомоги при кровотечі з вен стравоходу і шлунка.
- виписувати рецепти препаратів для лікування хворих з цирозом печінки.

Зміст теми

Цироз печінки – хронічне поліетіологічне дифузне захворювання печінки, характеризується значним зменшенням кількості функціонуючих гепатоцитів, наростаючим фіброзом, перебудовою нормальної структури паренхіми та судинної системи печінки, утворенням вузлів регенерації і розвитком печінкової недостатності і портальної гіпертензії.

ЕТІОЛОГІЯ

- Вірусні гепатити В, С, D (HBV, HCV, HDV) є згідно даних епідеміологічних і серологічних досліджень, причиною 25—75% випадків цирозу печінки, який раніше вважали криптогенним.
- Алкоголь (прийом етанолу більше 80 г на добу, 5 разів і більше на тиждень протягом більше 5 років).
- Метаболічні порушення (гемохроматоз, хвороба Вільсона-Коновалова, недостатність α_1 -антитрипсину, глікогеноз IV типу, галактоземія, тирозиноз)
- Неалкогольний стеатогепатит.
- Імунні порушення (в результаті аутоімунного гепатита).
- Холестаз внутрішньо- і позапечінковий (тривало існуючий)
- Порушення венозного відтоку від печінки (синдром Бадда-Кіарі, конструктивний перикардит)
- Криптогенний цироз (неуточнена етіологія)

Патогенез.

Зазвичай цироз печінки розвивається повільно але при несприятливих умовах може формуватися за 0,5-1,5 роки. Алкогольний цироз печінки розвивається за 7-8 років за умов щоденного споживання алкоголю чоловіками 60 мл, жінками 30-40 мл етанолу. При вірусному гепатиті В цироз печінки розвивається у 6-10% хворих, при вірусному гепатиті С – у 50-60% пацієнтів (на протязі 15-20 років).

У патогенезі цирозу печінки вагому роль відіграють прогресуюче розростання рубцевої тканини, порушення характеру регенерації гепатоцитів

з утворенням вузлів-регенератів, формування нових судинних анастомозів між ворітною веною, печінковою артерією і веною, здавлення й ішемія здорових ділянок печінкової тканини, аж до ішемічного некрозу з подальшим формуванням псевдо часточок.

МОРФОЛОГІЧНІ ФОРМИ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

- Мікронодулярний (алкогольний, біліарний, кардіальний цироз печінки);
- Макронодулярний (вірусний, аутоімунний цироз печінки);
- Змішаний;
- Неповний септальний.

Регенераторні циротичні вузлики шляхом стискання термінальних розгалужень печінкових вен і гілок ворітної вени призводять до розвитку портальної гіпертензії.

Класифікація цирозу печінки (Акапулько, 1974 з доповненням):

1. За морфологією: дрібновузловий, великовузловий, змішаний.
2. За етіологією: вірусний (В,С, Д та ін.), алкогольний, застійний, вторинний біліарний, токсичний, первинний біліарний, на фоні вроджених захворювань, аліментарний, криптогенний.
3. Фаза цироза: неактивний, з помірною активністю, з високою активністю.
4. Стадія цирозу: компенсований, субкомпенсований, некомпенсований.
5. Особливі форми: синдром Банті.
6. Ускладнення: енцефалопатія, кровотеча, бактеріальний перитоніт, ниркова недостатність, цироз-рак.

Оцінка тяжкості цирозу печінки за критеріями Чайльд-П'ю—Child-Pugh

Показник	Бал (оцінка)		
	1	2	3
Печінкова енцефалопатія	немає	1-2 стадія	3-4 стадія
Білірубін	< 35 мкмоль/л	35-50 мкмоль/л	>50 мкмоль/л
Первинний біліарний цироз	< 70	70-140	>170
Альбумін	>35 г/л	28 –35 г/л	< 28 г/л

Протромбін. індекс	>80%	60-80%	< 60%
На скільки секунд подовжується ПЧ	1-4	4-10	>10
Асцит	немає	помірний	середньої вираженості

Клас цирозу:

сума балів 5-6 відповідає класу А

сума балів 7-9 – класу В

сума балів 10-15 - класу С

Клініка

Клінічна картина залежить від стадії і активності захворювання.

Стадія компенсації:

Тривалість від 2-3-х років до 5-10 років, частота 20-50%; гепатомегалія, помірна спленомегалія (іноді), метеоризм, схуднення, асенізація, субфебрилітет або фебрильна температура від декількох днів до декількох тижнів (40-80%), резистентна до антибіотикотерапії та зменшується при покращенні функції печінки, жовтяниця, підвищення активності трансаміназ < 2 разів, ЛФ, лейкоцитоз; γ -глобуліни підвищення в 1,5 рази вище норми, гістологічно: тотальна вузликова регенераторно-фібропластична перебудова паренхіми печінки.

Стадія субкомпенсації: загальна слабкість і швидка утомленість (90%); анорексія (85%), схуднення (70%); періодичний тупий біль у правому підребер'ї (80%); жовтяниця (65%); свербіж шкіри, нудота і блювання, метеоризм (20-25%); гіркота у роті, діарея, безсоння (10-15%); кровоточивість з ясен і носа (10-15%); телеангіоектазії на шкірі обличчя і грудної клітки, пальмарна еритема; блідість нігтів, червоний ("лакований") язик; ФЕГДС: варикозне розширення вен нижньої третини стравоходу; у гемограмі: помірна гіпохромна анемія; лейкоцити, нейтрофіли і тромбоцити на нижній межі норми або дещо знижені; тенденція до абсолютної лімфопенії (50%); ШОЕ помірно збільшена; біохімія крові: зниження альбумінів, диспротеїнемія з підвищенням γ -глобулінів, збільшенням IgM та IgG, позитивна тимолова проба; АЛАТ і АсАТ помірно збільшені.

Критерій активної фази ЦП

– підвищення в 2-4 рази ознак запально-некротичної активності (АлАТ і АсАТ, γ -глобуліни, IgM і IgG; кон'югований білірубін, ШОЕ) у порівнянні з нормою.

Маркери некроза – $\uparrow$ TNF- α , **фіброзу** – наявність проколагену I і IV типів у біоптатах печінки.

Стадія декомпенсації. **Паренхіматозна декомпенсація:** тотальне зниження синтетичної і детоксичної функції печінки: загальний білок – < 65 г/л, альбумін – < 30 г/л; холестерин – $< 3,3$ ммоль/л; протромбіновий індекс – $< 60\%$; АлАТ і АсАТ – N або збільшені в 2-3 рази; жовтяниця, часто з холестатичним компонентом; тяжкий геморагічний синдром з пурпурою і поширеними спонтанними та післяін'єкційними екхімозами; печінкова енцефалопатія, збудження або кома; розміри печінки зменшуються, спленомегалія прогресує. **Судинна декомпенсація:** виражена спленомегалія з гіперспленізмом (лейкопенія, нейтропенія, тромбоцитопенія, анемія) з підвищеною кровоточивістю і активізацією червоного ростка кісткового мозку); варикозне розширення вен стравоходу і шлунку з кровотечею з них; гемороїдальні кровотечі (рідше і менш небезпечні); асцит і периферичні набряки, резистентні до діуретиків; підшкірні венозні колатералі на передній поверхні грудної клітки та черевної стінки ("голова медузи"); правосторонній плевральний випіт; пупочна грижа; гастроезофагальний рефлюкс (при асциті) з відрижкою повітрям, іноді печією; печінкова енцефалопатія за рахунок розвитку портокавальних анастомозів.

Ступені гепатоцелюлярної недостатності:

I ступінь (легкий)

- постійна загальна слабкість, зниження працездатності, апатія;
- субіктеричність склер, слизових оболонок;
- початкові порушення однієї або декількох функцій печінки (частіше цитолізу та холестазу).

II ступінь (середньої тяжкості)

- постійна загальна слабкість, адинамія, диспепсія, шкірний свербіж;
- схуднення на 5-10 кг;
- безсоння, головний біль, підвищення збудливості;
- виражена жовтушність склер, шкіри;
- темний, землистий відтінок шкіри, сліди розчухів;
- в аналізі крові – порушення 2-3-х функцій печінки, виражені синдроми цитолізу та холестазу, синдром імунного запалення.

III ступінь (тяжкий)

- адинамія, загальна слабкість;
- зниження маси тіла на 5-10 кг;
- ознаки наростання печінкової коми (розлади сну, збудження, що змінюються депресією);
- колір шкіри жовтий або з темнуватим відтінком;
- в аналізі крові – ознаки виражених порушень функції печінки.

Стадії портальної гіпертензії:

I стадія (прихована):

- скарги на відчуття тяжкості у правому підребер'ї, що періодично виникає та посилюються після жирної їжі, диспепсію, загальну слабкість;
- зниження маси тіла відсутнє;
- печінка біля краю або + 2 см, селезінка не палькується;
- УСГ – неоднорідність печінки і селезінки;
- на сканограмах – помірно знижене накопичення ізотопу в печінці та фонове накопичення в селезінці

II стадія (субкомпенсована стадія):

- постійна тяжкість у правому підребер'ї, виражена диспепсія, метеоризм;
- загальна слабкість, зниження працездатності;
- зниження маси тіла на 5-10 кг за одночасного збільшення живота в об'ємі;
- жовтушність шкіри, «судинні зірочки», печінкові долоні;

- збільшення печінки на 3-6 см, щільна, край гострий;
- чітко палькується селезінка;
- УСГ – неоднорідність структури печінки та селезінки;
- на сканограмах – значне накопичення ізотопу в печінці і збільшення його в селезінці.

III стадія (декомпенсована):

- значне збільшення живота, задишка, виражена загальна слабкість, адинамія, диспепсія;
- асцит, іноді набряки нижніх кінцівок;
- ослаблення серцевих тонів, розширені підшкірні вени живота;
- УСГ – розміри печінки значно збільшені або зменшені, форма її змінена, структура різко неоднорідна, збільшення селезінки;
- на сканограмах – виражене накопичення ізотопу в печінці, максимальна концентрація ізотопу в селезінці;
- ФЕГДС та рентген: розширення вен стравоходу та шлунку.

IV стадія (ускладнень):

- некомпенсована портальна гіпертензія з масивними кровотечами;
- стійкий асцит, кахексія, анемія.

Стадії печінкової енцефалопатії:

Латентна печінкова енцефалопатія. Субклінічна форма. відсутність клінічних симптомів, зниження розумової працездатності або погіршення тонких рухових навиків, які виявляються лише при проведенні психометричних тестів.

Печінкова енцефалопатія з клінічними проявами

1. Ослаблення пам'яті, незначні особистісні зміни, порушення сну, ↓ уваги та концентрації, незначні атаксія або тремор, апраксія, незначний «пурхаючий» тремор.
2. Втомленість, апатичність, повна втрата інтересу, байдужість, неадекватність поведінки з помітними змінами особистісної структури,

порушення орієнтації у часі, значний «пурхаючий» тремор, гіперактивні рефлексії, нерозбірлива мова.

3. Сон з частим пробудженням, сплутаність свідомості, дезорієнтація у часі і просторі, незв'язна мова, галюцинації, агресивність, печінковий запах, гіпо- або гіперрефлексія, «пурхаючий» тремор, судоми, м'язова ригідність.

4. Кома, виражений печінковий запах, ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску.

Діагностика: гемограма, коагулограма, протеїнограма, функціональні проби печінки, визначення аутоантитіл ANA, AMA, SMA та ін., рівня α 1-антитрипсина, α -фетопротейна сироватки, HBsAg, анти-HCV, показники обміну заліза. Оцінка гістологічних змін в печінці: система METAVIR, ISHAK, Knodell.

- ФіброТест

- ФіброМакс

- Маркери фіброзу: колаген IV типу, гіалуронат, ламінін, проколаген – III – пептид.

Золотий стандарт діагностики – пункційна біопсія.

- УЗД очп

- еластографія

- ЕГДС

- КТ, МРТ.

Диференційний діагноз: хронічні гепатити, амілоїдоз, в розгорнутій стадії із мієлопроліферативними захворюваннями крові, онкозахворюваннями.

Лікування.

Дієта. Збалансоване, повноцінне 4-5 разове харчування із вмістом білка 1-1,5 г/кг маси тіла, в т.ч. до 40-50 г тваринного і рослинного походження; вуглеводи – 4-5 г/кг маси тіла; 4-6 г солі за умов відсутності набряково-асцитичного синдрому. За умов наявності печінкової енцефалопатії вміст білка в їжі зменшується. Енергетична цінність дієти – 2000 – 2800 ккал.

З метою покращення метаболізма гепатоцитів:

- Есенціале по 1-2 капсули (1 капс. – 300 мг) 3 рази на добу перед їжею або під час їжі, 45-60 днів (стадія компенсації/ субкомпенсації).
- Есенціале форте Н по 2-3 капсули 3 рази на добу одночасно з в/в введенням есенціале Н по 10-20 мл 2-3 рази на добу; 20-60 днів з переходом на пероральний прийом до 3-6 міс. (стадія декомпенсації).
- Ліпоєва кислота (берлітін) 300 ОД в/в крапельно 2 рази на добу – 7 днів, потім по 1 драже 2 рази/добу – 1-1,5 міс (стадія компенсації/субкомпенсації).
- Ліпоєва кислота (берлітін) 2-3 г/добу перорально – 60-90 днів одночасно з в/в або в/м введенням 300-600 ОД – 10-20 днів (стадія декомпенсації).

Лікування холестатичного синдрому

- УДХК (урсофальк, урсосан, урсохол) по 10 мг/кг маси тіла на добу - тривало. Протипоказаний при гострих запальних захворюваннях жовчних шляхів.
- адеметіонін (гептрал) по 5-10 мл (400-800 мг) в/в або в/м протягом 10-14 днів, а потім по 400-800 мг 2 рази на день 2-3 міс.

За умов поєднання холестази з невірусним цитолізом або імунозапальним синдромом застосовують кортикостероїди - будесонід (буденофальк) 9 мг/добу.

Лікування набряково-асцитичного синдрому

Хворим з асцитом 1 і 2 ступеня необхідно зменшувати натрій у дієті <2 г/добу (<88 ммоль/добу). Якщо ефект відсутній слід додавати діуретики: спіронолактон 100 мг та фуросеміду 40 мг 1 раз на день вранці; якщо через 4–5 днів ефект відсутній (зменшення маси тіла на 0,3–0,5 кг/добу у випадку ізольованого асциту або 0,8–1,0 кг/добу, якщо співіснують периферичні набряки) необхідно збільшувати дози (спіронолактону до 400 мг/добу, фуросеміду до 160 мг/добу). Після регресії асциту слід продовжувати дієту з обмеженням натрію, вживання рідин $\approx 1,5$ л/добу та утримувати дозу діуретиків на рівні, що забезпечує від повторного накопичення рідини (контроль маси тіла кожні 1–2 дні).

За умов наявності асцити 3 ступеня проводять лікувальний лапароцентез + альбумін 6-8 г на 1 л видаленої асцитичної рідини), якщо виведено >4–5 л асцитичної рідини. Парацентез є методом вибору у хворих з гіпонатріємією, що не піддається корекції. З метою профілактики повторного накопичення асцитичної рідини слід продовжити застосування діуретиків та обмежувати застосування солі. Альтернативна терапія – проведення трансюгулярного внутрішньопечінкового портосистемного шунтування у хворих, яким необхідне часте проведення парацентеза (кожних 1-2 тижня). Проведення перитонеовенозного шунтування хворим, яким не показано трансюгулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування або трансплантація печінки.

Спонтанний бактеріальний перитоніт (СБП) - інфікування асцитичної рідини без визначеного джерела інфекції у черевній порожнині, ймовірно, внаслідок проникання бактерій з просвіту кишківника та порушеної антибактеріальної активності асцитичної рідини. При наявності в асцитичній рідині поліморфноядерних нейтрофілів >250 /мкл СБП підтверджується. Призначають антибіотикотерапію: цефотаксим (2 г кожні 8–12 год; в/в) або цефтриаксон (2 г кожні 24 год.), у випадку алергії на цефалоспорини ципрофлоксацин в/в або п/о 0,4–0,5 г кожні 12 год; слід продовжувати до моменту зникнення клінічних симптомів або зменшення кількості нейтрофілів в асцитичній рідині до <250/мкл (зазвичай впродовж 10–14 днів).

З метою профілактики кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу призначають неселективний β -блокатор (надолол 40 мг 1 раз на добу, пропранолол 20мг 2 рази на добу; дозу необхідно титрувати до максимально переносимої або до сповільнення ЧСС <50–55/хв);

Лікування печінкової енцефалопатії.

Необхідно призначити лактулозу 30-50 мл 3 рази на добу 3-5 днів, з подальшим зменшенням дози до досягнення 2–3-х разів м'яких випорожнень

на день. У хворих із тяжкими порушеннями свідомості може бути необхідним призначення клізм.

З метою посилення знешкодження аміаку в печінці: L- орнітин – L – аспартат (Гепа-Мерц) 9-18 г на добу перорально або 20-40 г/добу в/в крапельно

Матеріали для самоконтроля.

1. Які фактори спричиняють розвиток цироза печінки?

- А. Віруси, зловживання алкоголем
- В. Бактерії
- С. Гриби
- Д. Мікоплазма
- Е. Рікетсії

2. Оберіть клінічні симптоми які характерні для початкової стадії цироза печінки?

- А. Нудота, блювота, зниження маси тіла
- В. Зниження маси тіла, метеоризм, почуття важкості в правому підребер'ї
- С. Гіркота у роті, печія, асцит
- Д. Збільшення печінки, селезінки
- Е. Ксантелазми, печінкові долоні, асцит

3. Збільшення селезінки при цирозі печінки обумовлено:

- А. Дифузним фіброзом червоної пульпи
- В. Венозним застоєм
- С. Збільшення артеріо-венозних шунтів
- Д. Всіма перерахованими факторами
- Е. Портальною гіпертензією

4. Оберіть зміни в клінічному аналізі крові які спостерігаються при гіперспленізмі?

- А. Зниження кількості еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів
- В. Лімфоцитоз, лейкопенія
- С. Зниження вмісту еритроцитів, лейкоцитів, підвищення тромбоцитів
- Д. Лімфоцитоз, лейкоцитоз, зниження вмісту еозинофілів
- Е. Еозинофілія, підвищення ШОЕ

5. Оберіть найбільш характерні зміни в загальному аналізі крові при цирозі печінки?

- А. В12- фолієва анемія
- В. Залізодефіцитна анемія
- С. Гемолітична анемія

- Д. Всі перераховані
- Е. Жодні з перерахованих
6. З чим на Вашу думку пов'язане підвищення t° тіла при цирозі печінки?
- А. Запальними змінами в гепатоцитах
- В. Супутнім холециститом
- С. Супутнім гастродуоденітом
- Д. Проходженням пірогенної кишкової флори через печінку
- Е. Запаленням жовчних ходів
7. Які зміни в біохімічному аналізі крові характерні для синдрому цитолізу?
- А. Підвищення лужної фосфатази, зниження холестерина
- В. Зниження загального білку та протромбіну, підвищення загального холестерину
- С. Підвищення АсАТ, АлАТ, ЛДГ
- Д. Підвищення білірубіна, протромбіну, лужної фосфатази
- Е. Зниження протромбіну, АлАТ, АсАТ
8. Назвіть які зміни в біохімічному аналізі крові спостерігаються при синдромі холестазу?
- А. Підвищення загального холестерину, зниження фібріногену
- В. Підвищення трансаміназ, зниження холестерину
- С. Підвищення лужної фосфатази, холестерину, білірубіну
- Д. Зниження загального білку, холестерину, білірубіну
- Е. Зниження лужної фосфатази, альбумінів
9. Назвіть пальпаторні зміни печінки які характерні при цирозі печінки?
- А. Печінка збільшена, щільна, край округлий
- В. Печінка збільшена, м'яка, край округлий
- С. Печінка зменшена, бугриста, край гострий
- Д. Печінка збільшена, щільна, край загострений
- Е. Печінка зменшена, щільна, край округлий
10. Що таке синдром портальної гіпертензії?
- А. Збільшення печінки, метеоризм, свербіж шкіри
- В. Збільшення печінки та селезінки, жовтяниця
- С. Збільшення печінки, асцит, варикозне розширення вен
- Д. Зменшення печінки, набряки, жовтяниця
- Е. Зменшення печінки, асцит, набряки, кардіопатія
11. Назвіть скільки клінічних стадій виділяють в перебігу печінкової коми?
- А. 3
- В. 2
- С. 4
- Д. Жодної вірної відповіді

Е. 1

12. Оберіть з нижче перерахованих ознак найменш характерне для портальної гіпертензії?

А. Кровотеча з варикозно розширених вен

В. Розвиток колатералей

С. Спленомегалія

Д. Лихоманка

Е. Асцит

13. Оберіть препарати які призначають при набряково-асцитичному синдромі?

А. Інгібітори АПФ

В. Гепатопротектори

С. Сечогінні

Д. Інтерферони

Е. Глюкокортикоїди

14. Назвіть ускладнення ЦП:

А. Гостра кишкова непрохідність

В. Хронічний закреп

С. Печінкова кома

Д. Хронічна діарея

Е. Гостра шлункова кровотеча

Відповіді: 1. А; 2. В; 3. Д; 4. А; 5. С; 6. Д; 7. С; 8. С; 9. Д; 10. С; 11. С; 12. Д; 13. С; 14. С.

Матеріали для самоконтроля

Задачі для самоконтроля.

1. Хворий Н., скаржиться на появу різкої слабкості, блідості шкірних покривів, холодний піт, появу спраги, спостерігалось блювання з домішками крові темно-вишневого кольору, в анамнезі цироз печінки протягом 6-ти років. Назвіть найбільш ймовірну причину розвитку даної кровотечі?

А. Портальна гіпертензія

В. Малігнізація

С. Тромбоз печінкових вен

Д. Тромбоемболія легеневої артерії

Е. Серцева недостатність

2. Хворий Р., скаржиться на печію, пекучий біль за грудиною. З анамнезу відомо 5 років тому переніс вірусний гепатит В, зловживає алкоголем. Вранці після прийому їжі та підняття важкості з'явилася блювота свіжою

темною кров'ю. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, вологі, пульс – 93/хв, АТ 90/60 мм. рт.ст. Склери іктеричні, живіт збільшений в розмірі за рахунок асцити, гепатоспленомегалія. Яка на Вашу думку найбільш ймовірна причина кровотечі?

- А. Виразка 12-палої кишки
- В. Синдром Мелорі-Вейса**
- С. Синдром Бада-Кіарі
- Д. Розрив варикозних вен стравоходу
- Е. Ахалазія стравоходу

3. Хворий Б., скаржиться на помірний біль у надчеревній ділянці, постійне здуття живота, яке збільшується після вживання їжі; з анамнезу відомо, що хворіє на цироз печінки. При огляді; розширенні підшкірні вени живота, ознаки наявності вільної рідини в черевній порожнині, гепатоспленомегалія. За результатами УЗД: розширення портальної вени, збільшення печінки і селезінки. Оберіть найбільш ймовірне ускладнення цирозу печінки у даного хворого?

- А. Дисбактеріоз кишечника
- В. Перитоніт
- С. Портальна гіпертензія.**
- Д. Тромбоз ворітної вени
- Е. Печінково-клітинна недостатність

4. У хворого Ф., відмічається дрібновузловий цироз печінки. За останні 3 місяці з'явилась задишка, набряки нижніх кінцівок, асцит. Отримував гепатопротектори та глюкокортикоїди. Оберіть яку комбінацію препаратів найбільш доцільно додати до лікування в даному випадку?

- А. Нерабол + фуросемід
- В. Альдактон + аскорутин
- С. Альбумін + аскорутин
- Д. Лідокаїн + гіпотіазид
- Е. Альдактон + фуросемід.**

5. Хворий З., 45 років, останні 2 роки лікується з приводу цирозу печінки. Скаржиться, що за місяць значно збільшився живіт, посилилась загальна слабкість. Протягом останніх 2 тиж. приймав фуросемід щодня. Які найбільш ймовірні зміни електролітів можна очікувати в крові?

- А. Гіперкаліємію
- В. Гіпокаліємію.**
- С. Гіперкальціємію
- Д. Гіпернатріємію
- Е. Гіпокальціємію

6. Хворий Ч., 43 років має скарги на блювання яскраво-червоною кров'ю. З анамнезу відомо, що на протязі 6 років має мікронодулярний цироз печінки вірусної етіології. За останні 6 міс. спостерігається збільшення живота за рахунок рідини. Що необхідно зробити в першу чергу?

- A. Вазопрессин 20 ОД в/в.
- B. Ковтання шматочків льоду
- C. Преднізолон 30 мг в/в
- D. Мезатон 1% розчин – 2 мл в/м
- E. Кордіамін 2 мл. в/м

7. Жінка Д., 40 років, має скарги на запаморочення, посилення жовтушності, судом. Погіршення стану відмічає за останні 10 днів. З анамнезу відомо, що хворіє на мікронодулярний криптогенний цироз печінки. Яке дослідження необхідно призначити з метою виявлення причини погіршення стану?

- A. Визначення рівня холестерину
- B. Визначення рівня аміаку сироватки.
- C. Визначення рівня лужної фосфатази.
- D. Визначення АЛАТ та АсАт
- E. Визначення вмісту α -фетопротейну

8. Хворий У., має скарги на головний біль, блювання, відразу до їжі, безсоння, жовтушність шкірних покривів, здуття живота, печінковий запах з рота. Скарги з'явилися після вживання спиртних напоїв. В анамнезі цироз печінки. Назвіть найбільш ймовірне ускладнення цирозу печінки?

- A. Портальна гіпертензія.
- B. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу.
- C. Печінково-клітинна недостатність
- D. Тромбоз брижових судин.
- E. Гостра виразка шлунка.

9. Хворий П., має скарги на помірний біль в епігастральній ділянці, здуття живота, яке посилюється після прийому їжі. З анамнезу відомо, що тривалий час хворіє на цироз печінки, При огляді: розширені підшкірні вени живота, ознаки вільної рідини в черевній порожнині, гепатоспленомегалія. УЗД: розширені портальні вени, збільшення печінки та селезінки. Про яке ускладнення ЦП слід думати в першу чергу?

- A. Печінково-клітинна недостатність
- B. Тромбоз воротної венки
- C. Портальна гіпертензія
- D. Дисбактеріоз кишечника

Е. Перитоніт

10. Хвора Д., 26 років, має скарги на виражений свербіж шкіри, що посилюється ввечері, тупий біль в правому підребер'ї. Вважає себе хворою 2 роки після пологів. Об'єктивно: жовтушність шкірних покривів, ксантелазми на повіках. Печінка +6 см виступає з-під краю ребрової дуги, щільна, край рівний, безболісний. Селезінка +3 см. Реакція на поверхневий антиген вірусу гепатиту В негативна. Назвіть форму ураження печінки у даної хворої?

А. Хронічний гепатит

В. Жировий гепатоз

С. Гемохроматоз

Д. Хронічний холецистит

Е. Первинний біліарний цироз

Відповіді: 1. А; 2. В; 3. С; 4. Е; 5. В; 6. А; 7. Д; 8. В; 9. С; 10. Е.

Література

Базова:

1. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 680с.

2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --- К. : ВСВ «Медицина», 2019. - 584с.

3. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го вид.: у 3 т. Т.2 / за ред. К.В. Юрко --- Київ: ВСВ «Медицина», 2020. --- 257 с.

4. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ.вид.: у 3 т. Т.3 / за ред. С. Ралетона, Я. Пенмана, М. Стрекена, Р. Гобсона; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова, Р. Скрипник, Г.Кожина, Я. Кутасевич, М. Щербина, О. Абатуров, Л. Бабінець, І. Галайчук, Ю. Кобеляцький, Л. Ляповець. - К.: ВСВ «Медицина», 2021. - 642 с.

5. Захворювання жовчовивідних шляхів / под ред. проф. О.Я.Бабака, Н.М. Железнякової // Практикум лікаря. – Київ: «Доктор – Медіа – Груп», 2019. - 63 с.

6. Класифікації захворювань органів травлення: довідник / укладачі: Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна, Н. Б. Губергріц, О. Ю. Губська, А. Е. Дорофєєв, І. А. Зайцев, Т. Д. Звягінцева, Х. Б. Квіт, О. В. Колеснікова, І. А. Коруля, І. Я. Лопух, Н. О. Носко, А. М. Пілецький, І. М. Скрипник, Г. А. Соловійова, Ю. М. Степанов, С. М. Ткач, В. В. Харченко, М. Б. Щербиніна; за ред. чл.-кора НАМНУ, проф. Н. В. Харченко. – К.: МПБП «Гордон», 2022. – 72 с.

Допоміжна:

1. Анестезіологія та інтенсивна терапія: підручник / Ф.С. Глумчер, Л.П. Чепкий, Л.В. Усенко та ін.; за ред. Ф.С. Глумчера. - К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 352 с.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. Ю.М. Мостового. - 13-те вид., доп. - і перероб. Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2020. - 582 с.