

Клинические задачи по циррозу печени

Клинический случай №1

Больной К., 55 лет, обратился к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, дискомфорт в животе, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, ощущение «мурашек» в голенях и стопах.

Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда после очередного алкогольного эксцесса появились указанные жалобы.

В течение 20 лет злоупотребляет алкоголем. Работает грузчиком.

Состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Лицо гиперемировано. Околоушные железы увеличены. Гиперемия кистей в области тенора и гипотенора.

Умеренная гинекомастия. Контрактура Дюпюитрена справа. Пастозность голеней. В легких - дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80 мм рт.ст.

Живот при пальпации вздут, чувствительный в правом подреберье.

Определяется притупление перкуторного звука в отлогих отделах живота.

Пропальпировать печень и селезенку не удастся. Размеры печени по Курлову:

14x13x10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ОАК: гемоглобин - 106 г/л, лейкоциты - $4,6 \times 10^9$, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$, тромбоциты - $135,0 \times 10^9$ СОЭ - 20 мм/ч.

Б/х крови: общий белок - 7,8 г/л, альбумин - 3,1 г/%, холестерин - 3,2 ммоль/л, мочеви́на - 4,1 ммоль/л, креатинин - 88 ммоль/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л, общий билирубин - 63 ммоль/л, непря́мой билирубин - 12 ммоль/л, АЛТ - 74 ЕД/л, АСТ - 258 ЕД/л, ЩФ - 403 ЕД/л, ГГТП - 304,2 ЕД/л, амилаза - 255 ЕД/л.

Серологические исследования на маркеры вирусных гепатитов отрицательны.

УЗИ ОБП: небольшой асцит, гепатоспленомегалия. *V. porta* 1,2 см. Диффузные изменения поджелудочной железы.

ЭГДС: варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Выраженный гастрит, дуоденит.

Вопросы?

1. Выделите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ответ

1. У больного определяются следующие синдромы:

- астеновегетативный - повышенная утомляемость, слабость;
- диспепсический - метеоризм, дискомфорт в животе;
- отечно-асцитический - пастозность голеней, асцит;
- синдром портальной гипертензии - варикозно-расширенные вены пищевода, спленомегалия, асцит, гиперспленизм;
- цитолитический - повышение уровня трансаминаз, гипербилирубинемия;
- синдром печеночно-клеточной недостаточности - гипоальбуминемия, гипохолестеринемия.

Ответ

2. Цирроз печени алкогольной этиологии, умеренной активности, декомпенсированный, класс В по *Child-Pugh*. Портальная гипертензия (варикозное расширение вен пищевода I-II степени, отечно-асцитический синдром, асцит, гиперспленизм). Дистальная полинейропатия. Хроническая экзогенная интоксикация. Хронический гастрит, дуоденит. Хронический панкреатит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Коагулограмма, пункционная биопсия печени.

Ответ

4. Обязательное условие - отказ от алкоголя.

- Полноценное питание с энергетической ценностью не менее 2000 Ккал/сут.
- Назначение диуретиков: фуросемид 40 мг, спиронолактон 100 мг под контролем диуреза, окружности живота, веса больного.
- Применение препаратов урсодезоксихолевой кислоты, которая наряду с антихолестатическим эффектом подавляет секрецию провоспалительных цитокинов, в дозе 500-1000 мг/сут.
- Применение препаратов, снижающих портальный кровоток: неселективные β -адреноблокаторы, пролонгированные нитраты под контролем АД, ЧСС.
- Назначение витаминов группы В.

Клинический случай №2

Больная Л., 40 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, потерю веса на 20 кг за 2 года.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительно лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Госпитализирована для обследования и подбора терапии.

Вредные привычки отрицает. Профессиональных вредностей не имеет. Наследственность не отягощена.

Состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. «Пергаментность» кожи на стопах и голених, большое количество расчесов. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы относительной тупости

сердца в норме. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный.

АД - 140/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову: 12x10x10 см. Селезенка не пальпируется.

Стул объемный, пенистый. Мочеиспускание в норме.

Инструментальные и лабораторные данные

ОАК: гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $7,8 \times 10^9 / l$, эритроциты - $3,7 \times 10^{12} / l$, тромбоциты - $150,0 \times 10^9 / l$. СОЭ - 36 мм/ч.

Б/х крови: общий белок - 7,8 г/л, альбумин - 4,0 г/%, холестерин - 7,8 ммоль/л, мочеви́на - 6,1 ммоль/л, креатинин - 101 мкмоль/л, глюкоза - 5,8 ммоль/л, общий билирубин - 182 ммоль/л, прямой билирубин - 162 ммоль/л, АЛТ - 52 ЕД/л, АСТ - 48 ЕД/л, ЩФ - 720 ЕД/л, ГГТП-за - 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

УЗИ ОБП: увеличение размеров печени и умеренная спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

ЭГДС: пищевод не изменен. Хронический гастрит.

Вопросы

1. Выделите у больного клинические и лабораторные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

Ответ

1. У больной определяются следующие синдромы:

- синдром холестаза - интенсивный кожный зуд, желтуха, «пергаментность» кожи, ксантелазмы, гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, повышение уровня ЩФ и γ -глутамилтранспептидазы;
- синдром кишечной мальабсорбции - потеря веса, стеаторея, сухость кожного покрова;
- синдром портальной гипертензии - спленомегалия, расширение воротной вены, асцит;
- синдром цитолиза - повышение уровня трансаминаз, прямого билирубина.

Ответ

2. Первичный билиарный цирроз печени. Портальная гипертензия.

Отечно-асцитический синдром. Желчнокаменная болезнь. Хронический гастрит.

3. Коагулограмма, определение антимитохондриальных антител, пункционная биопсия печени.