

## Клинические задачи

### Задача № 1

53-летний мужчина с хроническим гепатитом С и циррозом печени пришел на плановый осмотр к врачу. Жалобы главным образом на быструю утомляемость. В анамнезе — сообщения о злоупотребления алкоголем. Прием спиртных напитков прекратил в последние 8 месяцев в соответствии с установленной ему программой лечения, еженедельно участвует во встречах, организуемых обществом анонимных алкоголиков. Осложнения гепатита С и цирроза печени включают асцит и энцефалопатию, по поводу которых пациент получает медикаментозную терапию.

При осмотре отмечаются умеренная желтушность склер и кожи, сосудистые звездочки, спленомегалия и небольшие отеки на ногах.

Лабораторные данные: гемоглобин 133 г/л, тромбоциты 84 000/мл, аспартатаминотрансфераза 73 ЕД/л, аланинаминотрансфераза 64 ЕД/л, щелочная фосфатаза 119 ЕД/л, общий билирубин 3,2 мг/дл, альбумин 3,6 г/дл, МНО 1,4.  $\alpha$ -фетопrotein в пределах нормальных значений.

УЗИ органов брюшной полости указывает на умеренный асцит, повышенную эхогенность печени, наличие в ней гиперэхогенного образования 2,2 см в диаметре, которое не было видно при прошлом осмотре. При компьютерной томографии выявлена повышенная васкуляризация образования.

**Вопрос.** Назовите наиболее вероятный диагноз:

- А. Метастаз злокачественной опухоли
- В. Очаговая узловая гиперплазия
- С. Гепатоцеллюлярная карцинома
- Д. Кавернозная гемангиома
- Е. Регенераторный узел

### Задача № 2

18-летний молодой человек последние 3 дня испытывает боль при глотании. На изжогу, регургитацию или снижение массы тела жалоб нет. Боль в грудной клетке отсутствует. В пред-

шествующий период на протяжении 2 мес принимал ибупрофен по поводу болевых ощущений в локтевом суставе.

При осмотре температура тела нормальная, слизистая оболочка ротоглотки не изменена. Пульс 80 ударов в минуту, АД 110 и 70 мм рт. ст.

**Вопрос.** Какова наиболее вероятная причина одинофагии?

А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

В. Эзофагоспазм

С. Дивертикул Ценкера

Д. Лекарственно-индуцированный эзофагит

Е. Язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки

### Задача № 3

60-летняя женщина поступила в отделение интенсивной терапии через 1 час после автомобильного происшествия. Она ударила головой о руль, затем голова была отброшена назад, сознание пациентки не теряла. Беспокоят диффузная головная боль и боль в шейном отделе позвоночника

Неврологическая симптоматика отсутствует. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника без признаков его повреждения. При компьютерной томографии (КТ) головы обнаружено кальцифицированное образование 1 см в диаметре с основанием на твердой мозговой оболочке, напоминающее по структуре менингиому. Введение контраста дает картину гомогенного усиления. Данных о сдавлении прилегающих тканей и отеке мозга нет.

**Вопрос.** Какова тактика ведения пациентки?

А. Хирургическое лечение

В. Повторное КТ-исследование через 3–6 месяцев

С. Радиохирургия гамма-скальпелем

Д. Внутривенное введение гидроксимочевины

Е. Внутрь мифепристон

**Обсуждение задачи № 1**

Пациент с гепатитом С и циррозом печени имеет повышенный риск развития гепатоцеллюлярной карциномы, и появление образования в печени с сосудистым усилением практически наверняка свидетельствует о ее формировании.

Метастазы в большинстве случаев обнаруживаются у пациентов без цирроза печени, для больных с циррозом они не типичны. Очаговая узловатая гиперплазия и кавернозная гемангиома также не характерны для пациентов с циррозом печени. Регенераторные узлы могут наблюдаться при циррозе, однако такие узлы не демонстрируют сосудистое усиление.

**Правильный ответ: С.**

**Заключение.** Пациенты с гепатитом С и циррозом имеют повышенный риск развития гепатоцеллюлярного рака. Обнаружение в печени образования с его сосудистым усилением с высокой вероятностью означает наличие у такого пациента гепатоцеллюлярной карциномы.

**Обсуждение задачи № 2**

Причин для одинофагии в принципе немного и наиболее частой из них, особенно у молодых лиц, служит лекарственно-индуцированный эзофагит. В этом случае необходимо отменить «виновный» препарат.

ГЭРБ вызывает изжогу и регургитацию, оба симптома отсутствуют в данном наблюдении. При ГЭРБ, осложненной стриктурой, возможно присоединение дисфагии, но не одинофагии. Нарушения моторики пищевода первично вызывают дисфагию, одинофагия выявляется редко. Типичными симптомами при дивертикуле Ценкера служат постпрандиальная регургитация, чувство «кома» в горле и дисфагия. Для язвенной болезни одинофагия не характерна.

**Правильный ответ: D.**

**Заключение.** Наиболее распространенной причиной боли при глотании (одинофагии) является лекарственно-индуцированный эзофагит.

**Обсуждение задачи № 3**

У пациентов с большими симптоматическими и/или прогрессирующими менингиомами лучшим решением будет хирургическая резекция, вероятность излечения составляет 80%. При малых симптоматических менингиомах ( $\leq 3$  см) методом выбора служит стереотаксическое облучение, особенно в случае трудной для резекции локализации опухоли (например, кавернозный синус, мостомозжечковый угол).

Эффективность химиотерапии изучается на примерах применения мифепристонa (антигестагенное средство) и гидроксимочевины (алкилирующий агент). Сейчас рациональность использования химиотерапии рассматривают лишь у пациентов с прогрессирующими нерезектабельными менингиомами, не ответивших на радиационное лечение.

При небольших стабильных асимптомных менингиомах требуется контроль с помощью повторных КТ-исследований.

**Правильный ответ: B.**

**Заключение.** Небольшие бессимптомные менингиомы выявляются у 2–4% лиц в общей популяции. Чаще они встречаются у женщин в постменопаузе. До тех пор пока не появляются клинические симптомы или не обнаруживается прогрессирование опухоли, тактика состоит в проведении контрольных КТ-исследований с периодичностью (в случае если не будет выявлен рост образования) каждые 4 месяца в течение первого года и 1 раз ежегодно в последующие 5 лет. Наличие кальцинатов позволяет рассчитывать на бессимптомную клинику.