



Диагностика холециститов, гепатитов, циррозов печени

Цель: уметь диагностировать холециститы, хр. гепатитов, циррозы печени, формировать программу вторичной профилактики.

Учебно-целевые вопросы

Холециститы: определение, градация, представление об этиологии и патогенезе, клиника, дополнительные методы, принципы лечения и профилактика.

Гепатиты (острые, хронические): определение, градация, представление об этиологии и патогенезе, клиника, дополнительные методы, принципы лечения и профилактика;

Циррозы печени: определение, градация, представление об этиологии и патогенезе, клиника, дополнительные методы, принципы лечения и профилактика.

Холециститы. Этиология.

Холецистит - воспаление желчного пузыря.

Различают: острые; хронические холециститы.

Основными причинами воспаления желчного пузыря являются бактериальная инфекция и застой желчи.

Среди бактерий встречаются: кишечная палочка; стафилококки; стрептококки и другие.

- В желчный пузырь они проникают из двенадцатиперстной кишки, с током крови и лимфы из очагов острой или хронической инфекции, например, при кариесе зубов, пародонтозе, хроническом тонзиллите, отите, гайморите, аднексите и др.

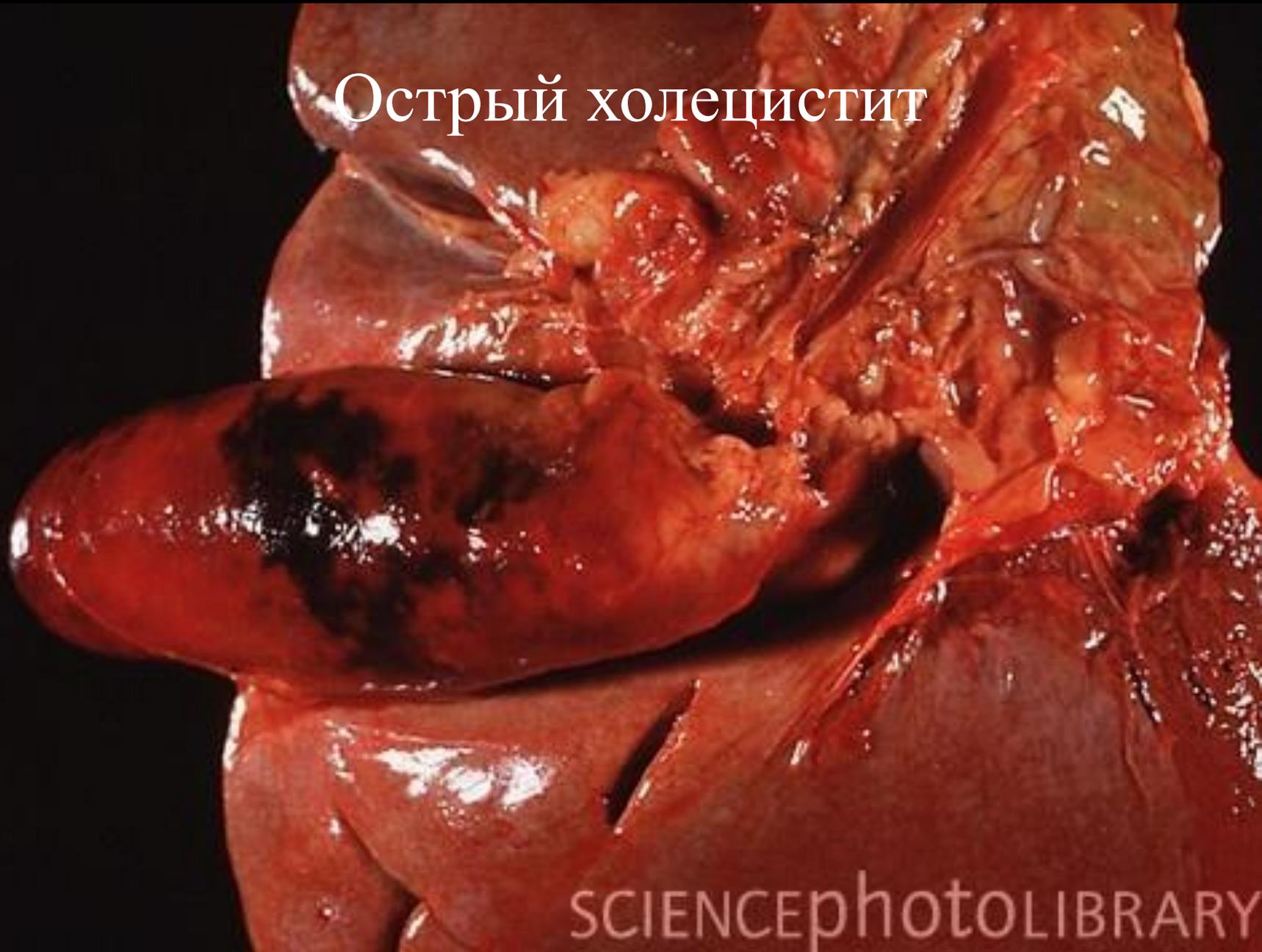
Холециститы. Этиология.

Застой желчи способствует развитию холецистита.

Причиной застоя могут быть:

- дискинезия желчных путей;
- врожденная деформация выходной части желчного пузыря;
- нарушение нервно-рефлекторной регуляции сфинктерного аппарата;
- воспаление большого дуоденального сосочка (фатерова соска);
- ранее образовавшиеся камни, закупоривающие пузырный и общий желчный протоки;
- опухоли брюшной полости;
- беременность;
- малоподвижный образ жизни и др.
- При воспалении желчного пузыря нарушаются физико-химические свойства желчи, соотношение желчных кислот и холестерина. Желчь становится менее бактерицидной. Изменяется рН (реакция) желчи, создаются условия для образования желчных камней.

Острый холецистит



SCIENCEPHOTOLIBRARY

Клиника

Жалобы при остром холецистите включают:

1. Боль в эпигастрии и правом подреберье; колика возникает внезапно в правом подреберье, часто ночью и носит схваткообразный характер со смещением в поясницу справа, правое плечо и лопатку, правую половину шеи и лица
2. Тошнота, рвота, не приносящая облегчения, иногда с замедлением частоты сердечных сокращений и повышением температуры, анорексия;
3. Лихорадка.

Жалобы при хроническом холецистите не специфичны, включают диспепсию, непереносимость жирной пищи и боль в животе.

Патогномоничные симптомы холецистита

- Локальная боль в области проекции желчного пузыря (с-м Кера).
- Болезненность в зоне ж/п при глубоком вдохе и некотором выпячивании живота (с-м Мерфи)
- С-м Гаусмана – появление боли при коротком ударе ребром ладони ниже правой реберной дуги на высоте вдоха

Патогномоничные симптомы холецистита

- С-м Лепене-Василенко: возникновение боли при нанесении отрывистых ударов кончиками пальцев на вдохе ниже правой реберной дуги.
- С-м Ортнера-Грекова: появление боли при поколачивании правой реберной дуги ребром ладони.
- С-м Айзенберга II – в положении стоя больной приподнимается на носки и затем быстро опускается на пятки, что сопровождается появлением боли в правом подреберье

Патогномоничные симптомы холецистита

- т. Макензи расположена в месте пересечения наружного края правой мышцы живота с правой реберной дугой:
- т. Боаса локализуется на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X-XI грудных позвонков;
- зоны кожной гиперестезии Захарьина-Геда: выраженная болезненность и гиперчувствительность, распространяющаяся во все стороны от т.Макензи и Боаса

Патогномоничные симптомы холецистита

- С-м Алиева: давление на т.Макензи или Боаса вызывают не только местную боль под пальцем, но и боль, идущую вглубь по направлению к желчному пузырю
- С-м Айзенберга I – при коротком ударе или постукивании ребром ладони ниже угла правой лопатки ощущается локальная боль, иррадиирующая вглубь в область ж/п.
- Наиболее характерными симптомами хр.холецистита считаются Макензи, Боаса и Алиева

О дифференциальной диагностике

- Комплексная профессиональная деятельность врача по исключению «похожих, близких» патологических состояний и формированию доказательной базы, свидетельствующей о правильном (точном) диагнозе (основном, осложнениях, сопут-их)

Дополнительные методы обследования

- Лабораторные данные: небольшой лейкоцитоз, СОЭ, содержание билирубина, активность ЩФ и АсАТ в сыворотке незначительно повышены; при хроническом холецистите обычно нормальны;
- Ультразвуковые и рентгенологические методы позволяют выявить конкременты (при рентген-контрастных камнях), реже флегмонозное образование, окружающее желчный пузырь, в диагностике хронического холецистита предпочтительны ультразвуковые методы, позволяющие обнаружить желчные камни;
- Радионуклидное сканирование выявляет обструкцию пузырного протока.

Камни в желчном пузыре



SCIENCEPHOTOLIBRARY



SCIENCEPHOTOLIBRARY

Острый холецистит. Лечение.

- **Больные с острым холециститом должны быть госпитализированы в хирургическое отделение.** При гангренозном и флегмонозном холециститах, а также при перитоните показано оперативное вмешательство в неотложном порядке. При катаральном холецистите, когда течение болезни относительно легкое, показано консервативное лечение.
- При любой форме холецистита назначаются постельный режим, голод на 1-2 дня, а затем щадящая диета - 4-6 раз в день малыми порциями (отварные рыба и мясо, паровой белковый омлет, вареные овощи, творог нежирный, каша овсяная или гречневая, отвары шиповника, черной смородины, фруктовые соки, вареные яблоки и др.).

Острый холецистит. Лечение.

Фармакотерапи:

- антибиотики широкого спектра действия;
- сульфаниламиды;
- спазмолитики;
- седативные средства.

При сильных болях показана паранефральная новокаиновая блокада.

- Если консервативное лечение оказалось неэффективным, а оно в 20% наблюдений (В.И. Стручков и др.) оказывается без результата, прибегают к срочному оперативному вмешательству. Необходимость срочной операции диктуется степенью воспалительного процесса и его распространенностью, а также наличием препятствия для оттока желчи.

Промедление - усугубляет болезнь.

- Перед операцией проводится интенсивная подготовка больного в плане дезинтоксикационной и антибактериальной терапии.

О дифференциальной диагностике

- Комплексная профессиональная деятельность врача по исключению «похожих, близких» патологических состояний и формированию доказательной базы, свидетельствующей о правильном (точном) диагнозе (основном, осложнениях, сопут-их)

Хронический холецистит. Лечение

- Хронический калькулезный холецистит и осложненные формы хронического некалькулезного холецистита лечатся оперативным путем.
- **Консервативное лечение требуется при неосложненном некалькулезном холецистите.** Оно предполагает ликвидацию воспалительного процесса, борьбу с застоем желчи и дискинезией желчных путей (функциональными расстройствами).
- Назначают щадящую диету, антибиотики и сульфаниламидные препараты в течение 2-3 недель.
- **В случае вовлечения в процесс поджелудочной железы лечение дополняют ферментными препаратами.**

Хронический холецистит. Лечение

Назначаются физиотерапевтические процедуры:

- диатермия;
- УВЧ;
- ультразвук;
- грязевые аппликации;
- озокеритовые аппликации;
- парафиновые нанесеня на область желчного пузыря;
- радоновые и сероводородные ванны.

Хронический холецистит.

Профилактика

Профилактика хронического холецистита – коррекция стиля (образа) жизни:

- режим питания;
- борьба с ожирением и запорами;
- коррекция адинамии (низкой физической активности);
- «управление» болезнями органов брюшной полости.

Гепатиты



- ✓ Группа заболеваний печени, характеризующаяся воспалением печени инфекционной и неинфекционной природы;
- ✓ подразделяются на острые и хронические гепатиты;
- ✓ наиболее распространенные формы вирусного гепатита А, В, С;
- ✓ самыми частыми причинами неинфекционного гепатита являются медикаменты и токсины.



SCIENCEPHOTOLIBRARY

Этиология

- ДНК и РНК содержащие вирусы;
- инфекционное поражение – бактерии, рикетсии; паразиты;
- лекарственные средства (метилдопа, изониазид, нитрофурантоин);
- вызываемые промышленными ядами (фосфор, фосфорорганические инсектициды, тринитротолуол и др.);
- грибными ядами бледной поганки и сморчков (му斯卡рин, афлатоксин и др.)
- болезнь Вильсона, гемохроматоз, аутоимунные поражения (идиопатический гепатит).
- лучевым (радиационным) поражением, при обширных ожогах тела, тяжелых инфекционных заболеваниях;
- токсикозах беременных;
- употребление алкоголя предрасполагает к развитию острого гепатита.

Понятие о патогенезе

- Патогенез различных форм гепатита имеет свои особенности;
- Развитие гепатита заключается либо в непосредственном действии повреждающего фактора на печеночную паренхиму либо в иммунологических нарушениях, возникающих в ответ на первичное поражение печени, с последующим разрушением пораженных и незатронутых клеток печени;
- В некоторых случаях дополнительное значение имеют нарушение микроциркуляции в печени и внутрипеченочный холестаз.

Острый гепатит. Клиника.

- В легких случаях острый гепатит протекает практически бессимптомно, выявляясь лишь при случайном или целенаправленном обследовании (например, на производстве среди лиц, контактирующих с гепатотропными ядами, при бытовых групповых отравлениях грибами и т. д.).
- В более тяжелых случаях (например, при токсическом гепатите) клинические симптомы заболевания развиваются быстро, часто в сочетании с признаками общей интоксикации и токсического поражения других органов и систем.

Острый гепатит. Клиника.

Больных беспокоит:

- кожный зуд;
- отмечаются брадикардия;
- угнетенное психическое состояние;
- повышенная раздражительность;
- бессонница и другие признаки поражения центральной нервной системы.

В разгар болезни характерны:

- желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек;
- беловато-глинистого цвета стул;
- насыщенно-темного цвета ("цвета пива") моча;
- геморрагические явления.

В диагностике большое значение имеют тщательно собранные данные опроса, установление возможности профессиональных или бытовых интоксикаций, учет эпидемиологической обстановки в выявлении характера и причины заболевания.

Острый гепатит. Физикальные данные

- **Цвет кожных покровов бывает оранжевым или шафранным.**
- В легких случаях желтуха видна только при дневном освещении, наиболее рано появляется желтушное окрашивание склер и слизистой оболочки мягкого неба;
- Нередки носовые кровотечения и мелкие кровоизлияния под кожу.
- **Печень и селезенка несколько увеличены и болезненны;**
- При особо тяжелых поражениях и преобладании некротических изменений в печени (острой дистрофии) ее размеры могут уменьшаться.

Острый гепатит. Дополнительные методы исследования.

- Лабораторные исследования имеют решающее значение при диагностике острых гепатитов:
 - повышенное содержание билирубина в крови (100-300 мкмоль/л и более),
 - повышение активности ряда сывороточных ферментов,
 - снижение уровня белков крови;
 - отклонены от нормы показателей белково-осадочных проб (тимоловая, сулемовая и др.);
 - нарушена выработка печенью белков, вследствие чего возникают геморрагические явления.

Острый гепатит. Лечение

- Обязательная госпитализация больных острым вирусным гепатитом, а также инфекционными гепатитами другой причины возникновения в инфекционную больницу, проведение в очаге инфекции санитарно-противоэпидемических мероприятий.
- Дезинтоксикационная терапия больных с токсическими гепатитами.
- Постельный режим, щадящая диета с ограничением жиров и увеличением содержания углеводов, большое количество фруктовых соков, в тяжелых случаях (при выраженной анорексии и рвоте) внутривенно капельно 5-10%-ный раствор глюкозы (до 500 мл).
- Массивный плазмаферез при появлении признаков загруженности или комы; введение свежезамороженной плазмы до восстановления системы свертывания.

Острый гепатит. Профилактика.

- Профилактика острых гепатитов заключается в:
 - четком проведении санитарно-противоэпидемиологических мероприятий;
 - соблюдении правил личной гигиены;
 - предупреждение отравлений (употребление испорченных продуктов, грибов и т.д.);
 - обеспечение соответствующего санитарно-гигиенического надзора на предприятиях, предотвращающего возможность производственных отравлений ядами, оказывающими токсическое воздействие на печень.

Острый гепатит. Прогноз.

- При своевременном лечении часто наступает полное выздоровление.
- В части случаев острый гепатит переходит в хронический, а затем - в цирроз печени.
- В отдельных случаях развивается острая дистрофия печени с клиникой острой печеночной или печеночно-почечной недостаточности, от которой больные могут погибнуть.

Хронические гепатиты

- **Хронические гепатиты** – длительное (более 6 месяцев) поражение печени воспалительно-дистрофического характера с преимущественно сохраненной структурой печени;
- **Хронический гепатит часто наблюдается при:**
 - затяжном септическом эндокардите;
 - висцеральном лейшманиозе;
 - малярии.



SCIENCEPHOTOLIBRARY

Хронические гепатиты

- Выделяют **малоактивный** (неактивный) доброкачественный и **активный** агрессивный прогрессирующий и рецидивирующий гепатит.
- **Малоактивный** (персистирующий) гепатит протекает бессимптомно или с незначительными симптомами, изменениями лабораторных показателей. Прогрессирование и обострения заболевания нехарактерны.

Хронический гепатит

- Хронический **активный** рецидивирующий (агрессивный) гепатит характеризуется выраженными жалобами и яркими объективными клиническими и лабораторными признаками. У некоторых больных наблюдаются системные аллергические проявления заболевания (полиартралгия, кожные высыпания, гломерулонефрит и т. д.). Частые обострения (погрешности в диете, переутомление и т.д.)
- Частые обострения при хроническом гепатите приводят к значительным **морфологическим** изменениям печени и развитию цирроза.

Хронический гепатит. Клиника.

- Характерны увеличение печени, боль или чувство тяжести и полноты в правом подреберье, расстройства пищеварения; реже выявляются желтуха, кожный зуд и постоянное повышение температуры тела. Боль в области печени тупого характера, постоянная.

- **Симптомы:**

- снижение аппетита;
- отрыжка;
- тошнота;
- плохая переносимость жиров;
- алкоголя, метеоризм;

- неустойчивый стул;

Хронический гепатит.

Физикальные данные

- У трети больных выявляется нерезко выраженная (иктеричность склер и неба) или умеренная желтуха. Часты, но неспецифичны, увеличение СОЭ, диспротеинемия за счет снижения концентрации альбуминов и повышения глобулинов, меняется А/Г коэффициент.
- Увеличение печени встречается приблизительно у 95% больных, однако в большинстве случаев оно умеренное. Увеличение селезенки отсутствует, или она увеличена незначительно.
- При холестатическом гепатите обычно наблюдается более выраженная стойкая желтуха.

О дифференциальной диагностике

- Комплексная профессиональная деятельность врача по исключению «похожих, близких» патологических состояний и формированию доказательной базы, свидетельствующей о правильном (точном) диагнозе (основном, осложнениях, сопут-их)

Хронический гепатит. Дополнительные методы обследования.

- Лабораторные исследования:
 - значительные отклонения от нормы результатов печеночных проб;
 - нарушения свертывающей функции при тяжелом течении.
- Инвазивные методы:
 - пункционная биопсия выявляет дезорганизацию структуры печени и значительное разрастание соединительной ткани.
- Сканирование печени:
 - Оценка плотности, размеров для оценки состояния печеночной паренхимы.

Хронический гепатит. Лечение

- Диета, исключая острые, пряные блюда, тугоплавкие жиры, жаренную пищу вне обострения;
- При обострении гепатита показаны госпитализация, постельный режим, более строгая щадящая диета с достаточным количеством белков и витаминов.
- Прекращение контакта с соответствующим токсическим веществом, при алкогольных гепатитах - приема алкоголя.
- Глюкоза-25-30 г внутрь, витаминотерапия (витамины В, В1, В6, В12, никотиновая, фолиевая и аскорбиновая кислоты).
- Препараты, усиливающие синтез белка (метандростенолон, ретаболил).
- В острых случаях небольшие дозы кортикостероидов и (или) иммунодепрессантов;
- При хроническом холестазе - устранение причины; в этом случае можно ожидать успеха от лечебных мероприятий;
- Рациональное трудоустройство.

Хронический гепатит.

Профилактика

Профилактика хронических гепатитов включает следующие мероприятия:

- предупреждение инфекционного и сывороточного гепатитов;
- борьбу с алкоголизмом;
- исключению производственных и бытовых интоксикаций гепатотропными веществами;
- своевременному выявлению и лечению острого и подострого гепатита.

Циррозы

- **Цирроз печени** - хроническое заболевание, характеризующееся дистрофией печеночных клеток, узловой регенерацией печеночной ткани, развитием соединительной ткани, диффузной перестройкой структуры и сосудистой системы печени.
- Ведущую роль в развитии этого заболевания играет вирусное поражение печени (особенно, вирусный гепатит С), в исходе которого формируется цирроз печени.

Циррозы печени, этиология

- Имеют значение - хроническая алкогольная интоксикация, перенесенные вирусные гепатиты, особенно гепатит С, недостаточное питание, дефицит в пище белков и витаминов.
- **Алиментарный фактор (фактор питания)** - в основном дефицит белков, витаминов и фолиевой кислоты - является одной из частых причин цирроза печени;
- Токсический цирроз может возникнуть при повторных и длительных воздействиях гепатотоксических веществ, отравлении пищевыми ядами, поражениях, связанных с повышенной чувствительностью к различным лекарствам
- **Другие причины** - это сдавление протоков камнями, опухолью или длительная закупорка их гельминтами.
- Обменные и эндокринные факторы также могут быть причиной развития цирроза печени при заболеваниях щитовидной железы и сахарном диабете.

Цирроз печени



SCIENCEPHOTOLIBRARY

Цирроз печени



Цирроз печени, представление о патогенезе

- Длительное действие этиологического фактора (вирус, интоксикация) на печень, нарушение кровообращения в ней.
- Развитие соединительной ткани в виде тяжей и рубцов, изменяющие нормальную структуру печени, сдавление ее сосудов, нарушение нормального кровоснабжения печеночных клеток.
- Кислородное голодание способствует дальнейшим нарушениям ферментных реакций в печеночной ткани, усиливает дистрофические изменения и способствует прогрессированию процесса.
- Продукты распада клеток печени способствуют развитию воспалительной реакции.
- Прогрессирование хронических заболеваний печени и развития цирроза обусловлено также иммунными нарушениями.

Циррозы печени, классификация

I. По происхождению:

- вследствие вирусного поражения печени;
- вследствие недостаточности питания;
- вследствие хронического алкоголизма;
- холестатические;
- как исход гепатитов;
- наследственно обусловленные циррозы;
- циррозы, развивающиеся на фоне хронических инфекций (туберкулез, сифилис, бруцеллез);
- циррозы, возникшие вследствие невыясненных причин (криптогенные).

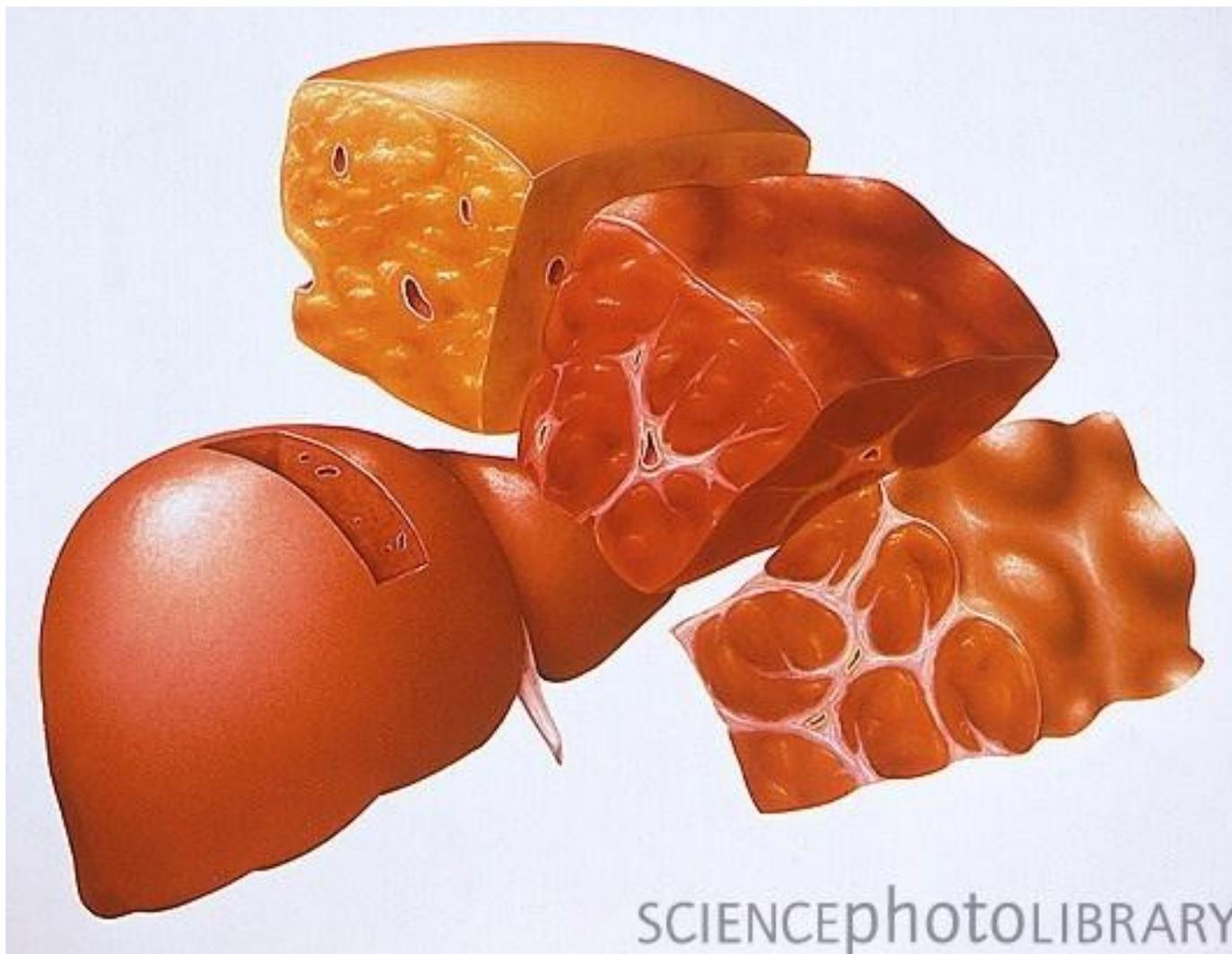
II. По активности процесса:

- активные, прогрессирующие;
- неактивные.

III. По степени функциональных нарушений:

- компенсированные;
- декомпенсированные.

Схематическое изображение стадий цирроза печени



Циррозы печени, клиника

- Клиника зависит от вида цирроза, стадии болезни (компенсированная или декомпенсированная) и степени активности патологического процесса в печени.
- **Основными клиническими признаками цирроза печени, позволяющими отличить его от гепатитов и других поражений этого органа, являются:**
 - наличие увеличенной плотной печени и селезенки (в далеко зашедших случаях размеры печени могут быть уменьшены);
 - асцит и другие признаки портальной гипертензии;

Циррозы печени, клиника

- При циррозах печени обычны диспепсические явления в виде снижения аппетита до полного его исчезновения (чаще при алкогольном циррозе), тяжести в подложечной области после еды, тошноты, метеоризма и расстройства стула, редко - выраженной тошноты и рвоты. Значительный метеоризм иногда сопровождается болями в животе, обычно кратковременными приступами.

Частыми жалобами больных циррозом печени являются:

- снижение трудоспособности;
- общая слабость;
- быстрая утомляемость;
- бессонница.

Циррозы печени, клиника

- Так называемые печеночные стигмы (знаки), особенно кожные печеночные "звездочки" (телеангиэктазии).
- При различных вариантах цирроза печени боли возникают в области печени, по всему животу или в верхней его части, имеют тупой, ноющий характер, усиливаются после еды, особенно жирной, обильного питья и физической работы.
- **Причиной болей являются:** увеличение печени и растяжение капсулы, появление очагов омертвения, близко расположенных к капсуле, и вовлечение в процесс участков печеночной капсулы.

Циррозы, «печеночные знаки»

- При осмотре больного в большинстве случаев можно выявить характерные печеночные признаки:
- **I. Сосудистые "звездочки" ("паучки")** - ангиомы, размер их колеблется от булавочной головки до 1 см в диаметре. При давлении стеклом на сосудистую "звездочку" она бледнеет вследствие оттока крови, при прекращении давления наблюдается быстрое ее заполнение кровью. Наиболее часто располагаются на коже верхней части туловища, на шее, лице, плечах, кистях и спине, реже - на слизистых оболочках носа, рта и глотки, очень редко они обнаруживаются на нижней половине туловища.
- **II. Эритема ладоней (печеночные ладони)** - разлитая ярко-красная диффузная окраска ладоней. На стопах подобная эритема выявляется реже. Ее причиной являются множественные артериовенозные шунты, развивающиеся в коже при циррозах печени.
- **III. Красные блестящие губы, красная слизистая оболочка рта, красный печеночный ("лакированный", "малиновый") язык** выявляются у многих больных циррозом печени.

Циррозы. «печеночные знаки»

- **IV. Признаки гормональных расстройств.** У мужчин - гинекомастия (увеличение молочных желез) и другие женские половые признаки, Нередко развиваются импотенция и атрофия яичек. У женщин - нарушения менструального цикла (аменорея), нарушается детородная функция.
- **V. Ксантоматозные бляшки на коже:** желтовато-коричневые бляшки, чаще располагающиеся на веках, иногда на ладонях, а также на груди, спине и коленях, наблюдаются у больных билиарным циррозом печени. Появление их связывают с повышением уровня холестерина в крови и внутрикожным отложением холестерина.

Экскориации на коже
больного циррозом
печени

SCIENCEPHOTOLIBRARY

Асцит и гинеко-
мастия у больного
циррозом печени

SCIENCEPHOTOLIBRARY

Желтушная окраска склер



SCIENCEPHOTOLIBRARY



Печеночный знак – экзема на внутренней поверхности бедра

Циррозы, «печеночные знаки»

- **Увеличение печени часто обнаруживается у больных циррозом печени.** Оно может быть равномерным или с преимущественным увеличением только правой или левой доли. Печень обычно плотная, безболезненная или слабо болезненная, с гладкой, реже неровной поверхностью, с острым и твердым краем. В конечной стадии цирроза в большинстве случаев печень уменьшается в размерах.
- **Содружественное увеличение селезенки наблюдается у большинства больных.** Оно является очень важным признаком, подтверждающим этот диагноз, и позволяет нередко отличить цирроз от хронического гепатита и других заболеваний печени.

О дифференциальной диагностике

- Комплексная профессиональная деятельность врача по исключению «похожих, близких» патологических состояний и формированию доказательной базы, свидетельствующей о правильном (точном) диагнозе (основном, осложнениях, сопут-их)

Циррозы печени, дополнительные методы обследования.

- Лабораторные исследования - снижение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и повышение СОЭ, особенно тяжелые анемии наблюдаются после кровотечений.
- В редких случаях развивается анемия вследствие дефицита витамина В₁₂.
- Повышается содержание в крови прямой фракции билирубина не только при увеличенной, но еще и при нормальной концентрации общего билирубина.
- В моче обнаруживается в больших количествах уробилин, а при выраженной желтухе - и билирубин. Количество стеркобилина в кале уменьшается.
- Поражение печеночных клеток проявляется изменениями белковых показателей:
 - снижением концентрации сывороточных альбуминов;
 - повышением количества глобулинов.

Циррозы печени, дополнительные методы обследования.

Решающее значение в диагностике имеют:

- лапароскопия;
- пункционная биопсия;
- сканирование;
- УЗИ;
- компьютерная томография.

Лечение

- Лечение больных в стадии компенсации состоит в предупреждении дальнейших повреждений печени, калорийном и полноценном диетическом питании с достаточным содержанием в пище белка и витаминов, установлении четкого 4-5-разового питания в течение дня. Запрещаются алкогольные напитки.
- **В период декомпенсации лечение обязательно проводится в стационаре.** Назначают диетотерапию, применяют кортикостероидные препараты (15-20 мг/сут. преднизолона), витамины. Кортикостероиды противопоказаны при циррозах печени, осложненных расширением вен пищевода, и при сочетании цирроза с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
- **При асците назначают диету с ограничением соли и периодический прием мочегонных средств.** С целью профилактики пищеводно-желудочных кровотечений у больных с портальной гипертензией широко проводится хирургическое лечение - наложение дополнительных портокавальных анастомозов (шунтов), способствующих снижению давления в пищеводных венах.

ЛЕЧЕНИЕ

- Трансплантация печени при наличии (профессор, академик РАМН/РАН) Готье, РФ) медико-технического оснащения и банка данных
«Донорская печень»

Профилактика циррозов печени

- Формирование рационального образа жизни, коррекция (модификация) привычек поведения, питания, совершенствование промышленных, производственных процессов
- Предупреждение возникновения гепатитов – острых и хронических
- Ранняя диагностика гепатитов и эффективное лечение

Что-то я не понял...
Уже все!?





Благодарю за внимание