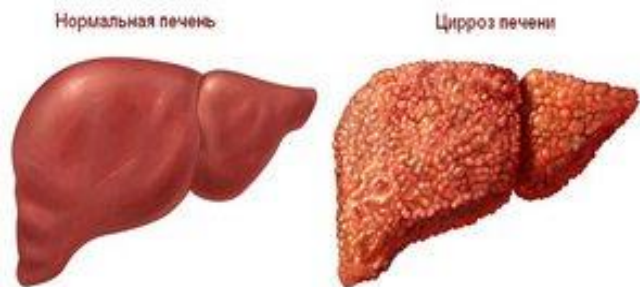




Цирроз печени



Выполнила: Мадиярбек С.М.
Проверил: профессор
Косанова А.К.
Курс: VII
группа: 704-1 к

Цирроз печени – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов регенерации. Цирроз печени представляет собой финальную стадию ряда хронических заболеваний печени (определение ВОЗ).

Клиническая классификация цирроза печени основана на указании:

- **этиологического фактора;**
- **класса тяжести;**
- **индекса прогноза смертности пациента –MELD;**
- **осложнений.**

Этиология

Частые причины:

- вирусный гепатит (В, С, D) – наиболее распространенная причина цирроза, инфицирование вирусным гепатитом постепенно в мире растет, что, в свою очередь, становится подходящим фоном для последующей трансформации этого заболевания в цирроз;
- алкоголизм;
- причины, не подлежащие установлению (криптогенный цирроз).

Редкие причины:

- аутоиммунный гепатит – появляется при нарушениях в работе иммунной системы, при которых происходит выработка организмом антител к своим же клеткам печени;
- неалкогольный стеатогепатит – в данном случае поражение печени происходит на фоне нарушенного обмена веществ (нарушение углеводного или жирового обмена);
- билиарный (первичный) цирроз – ему предшествует длительное течение холестаза, сопровождаемого нарушениями в оттоке желчи из печени к канальцам;
- употребление некоторых медпрепаратов, гепатотоксичных веществ – к первой группе относятся в частности противораковые препараты и препараты противотуберкулезные, ко второй – свинец, золото, ртуть.

Очень редкие причины:

- **болезнь Коновалова-Вильсона** – данное заболевание является наследственным, его течение сопровождается накоплением в головном мозге и в тканях печени меди;
- **гемохроматоз** – заболевание наследственного типа, сопровождающееся накоплением в тканях и органах организма железа;
- **недостаточность антитрипсина** – также наследственное заболевание, при котором из-за недостатка в печени данного белка возникает хронический бронхит в комплексе с циррозом;
- **билиарный (вторичный) цирроз** – развитие этой формы заболевания происходит в результате сдавливания или сужения опухолевым образованием или камнем желчных путей.

Классификация тяжести цирроза печени по Child- Turcotte-Pugh

Показатель	Баллы		
	1	2	3
асцит	нет	небольшой	умеренный/большой
энцефалопатия	нет	небольшая/умеренная	умеренная/выраженная
уровень билирубина, мг/дл	<2,0	2 - 3	>3,0
уровень альбумина, г/дл	>3,5	2,8 – 3,5	<2,8
удлинение протромбинового времени, сек	1 -3	4-6	>6

при сумме баллов менее 5, средняя продолжительность жизни пациентов составляет 6,4 года, а при сумме баллов 12 и более – 2 месяца.

Балльная оценка класса тяжести по Child-Turcotte-Pugh

Общее количество баллов	Класс
5-6	A
7-9	B
10 -15	C

Индекс MELD определяется с целью оценки прогноза смертности пациента и рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{MELD} = 10 \times (0,957 \text{Ln} (\text{уровень креатинина}) + 0,378 \text{Ln} (\text{уровень общего билирубина}) + 1,12(\text{МНО}) + 0,643 \times X),$$
 где Ln – натуральный логарифм. Имеются также on-line калькуляторы.

Клиника

Жалобы:

- сонливость, слабость, повышенная утомляемость (при выраженной сонливости, равно как и при раздражительности и агрессивном поведении, необходимо исключать печёночную энцефалопатию);
- кожный зуд, иктеричность склер и слизистых оболочек, уздечки языка, потемнение мочи (как правило, свидетельствует о печеночной недостаточности);
- увеличение живота в объёме за счёт скопившейся жидкости (может скапливаться более 10 – 15 литров), при большом её количестве создаётся картина «напряжённого асцита», выбухание пупка;
- расширение вен передней брюшной стенки в виде «головы медузы»;
-

- кровоточивость дёсен, носовые кровотечения, петехиальные кровоизлияния, синячки в местах инъекций вследствие нарушения синтеза факторов свёртывания крови в печени и тромбоцитопении при гиперспленизме;
 - рвота с примесью крови, мелена, ректальные кровотечения из варикозно расширенных вен;
 - лихорадка (при присоединении инфекций);
 - затруднение дыхания при выраженном асците (вследствие повышенного внутрибрюшного давления и ограниченной подвижности диафрагмы, гидроторакса);
 - снижение либидо, аменорея.

Физикальное обследование позволяет выявить:

- телеангиоэктазии на верхней половине туловища и лице;
- ладонная эритема;
- желтуха;
- гинекомастия;
- атрофия яичек;
- отёки ног (при асците);
- шум Крювелье – Баумгартена (сосудистый шум над животом, связанный с функционированием венозных коллатералей);
- контрактура Дюпюитрена, более типичная для алкогольного генеза цирроза печени;

- изменения концевых фаланг пальцев рук по типу барабанных палочек;
 - атрофия скелетной мускулатуры, отсутствие оволосения на лобке и в подмышечных впадинах (у мужчин);
 - увеличение околоушных слюнных желез (типично для пациентов, страдающих алкоголизмом);
 - печёночный запах возникает (при декомпенсации функции печени, предшествует развитию печёночной комы и сопровождает его);
 - хлопающий тремор;
 - кровоподтеки и другие проявления геморрагического синдрома;
 - афты, язвы в полости рта;
 - гепатомегалия или уменьшение печени, спленомегалия.

Диагностика

- ОАК с определением уровня тромбоцитов;
- Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин, сывороточный альбумин, сывороточное железо, общий холестерин, креатинин, глюкоза, ферритин; концентрация в сыворотке крови натрия/калия);
- Коагулология: (ПВ, МНО);
- Альфа-фетопротеин (АФП);
- Определение маркеров гепатита В, С, D: HBsAg, HBeAg, анти-HBcIgM, анти-HBcIgG, анти-HBs, анти-HBe; анти-HCV; анти-HDV*;
- При выявлении маркеров ВГ: соответствующие вирусологические исследования: ПЦР: HCV-РНК – качественный анализ; HBV-ДНК – качественный анализ; HDV-РНК – качественный анализ; HBV-ДНК – определение вирусной нагрузки; HCV-РНК – определение вирусной нагрузки; определение генотипа HCV; HDV-РНК – определение вирусной нагрузки;
- УЗИ органов брюшной полости;
- Допплерографическое исследование сосудов печени и селезенки;
- ЭГДС;
- Тест связывающая чисел;
- Парацентез абдоминальный при впервые выявленном асците у пациента с целью исследования асцитической жидкости и выявления причин асцита (УД - А).

Лечение

Немедикаментозное лечение:

Режим:

- ограничение физической нагрузки у пациентов с декомпенсированным заболеванием печени и при наличии варикозного расширения вен ЖКТ.

Диета:

- Запрет на потребление алкоголя;
- Принципы рационального питания;
- Потребление кофе без сахара и молока до 2-3 чашек в сутки (при удовлетворительной переносимости);
- Ограничение поваренной соли (у пациентов с отечно-асцитическим синдромом – до 2 г/сутки, т.е. до количества, содержащегося в продуктах питания в естественном виде без добавления соли при кулинарной обработке или после нее, что на практике фактически означает «бессолевою диету»)
- Рекомендации, специфические для конкретной этиологии ЦП (например, исключение продуктов, содержащих медь при болезни Вильсона-Коновалова; исключение легкоусваиваемых углеводов при неалкогольном стеатогепатите с СД или инсулинорезистентностью и т. д.);
- Рекомендации, специфичные для конкретного осложнения ЦП (например, бессолевая диета при асците, ограничение жидкости при гипонатриемии ниже 120 ммоль/л на фоне отечно-асцитического синдрома, ограничение белка у пациентов с тяжелой энцефалопатией, имеющих TIPS или другие порто-системные шунты и т.д.).

Медикаментозное лечение предусматривает:

- Ревизию всей терапии, получаемой пациентом, с отменой гепатотоксичных препаратов;
- Этиотропную терапию (например, противовирусную терапию при вирусной этиологии ЦП или абстиненцию при алкогольной этиологии, что во многих случаях способствует замедлению прогрессирования и даже регрессу заболевания) (Таблица 17);
- Базисную патогенетическую терапию (например, преднизолон и азатиоприн при ЦП в исходе аутоиммунного гепатита, D-пеницилламин при ЦП в исходе болезни Вильсона-Коновалова, урсодезоксихолевая кислота при первичном билиарном циррозе, адеметионин при алкогольном ЦП, флеботомии и десферал при гемохроматозе, что во многих случаях способствует замедлению прогрессирования заболевания и повышению выживаемости пациентов) (Таблица 17);
- Терапию осложнений ЦП, а также их первичную и вторичную профилактику;
- Профилактика инфекций: вирусных гепатитов, бактериальных инфекций (сепсиса, менингита, пневмонии и других) ОРВИ путем вакцинации, а также своевременной антибактериальной терапии.

Лечение

Этиология ЦП	Лекарственный препарат
HBV, HDV	ПЕГ-ИНФ альфа -2а (при компенсированном ЦП) Тенофовир Ламивудин
HCV (компенсированный ЦП)	ПЕГ-ИНФ альфа-2а; ПЕГ-ИНФ альфа-2b; Рибавирин; Симепревивер; Омбитасвир/паритапревивер/ритонавир+ дасабувир
Аутоиммунный гепатит	Преднизолон Метилпреднизолон Азатиоприн Мофетиламикофенолат УДХК
ПБЦ	УДХК Ретинола пальмитат Токоферола ацетат Рифампицин Фенофибрат

ПСХ	УДЖК
Алкогольный гепатит (абстиненция)	Преднизолон Пентоксифиллин Тиамин Пиридоксин Цианкобаламин
Неалкогольный стеатогепатит	Токоферола ацетат Орлистат Метформин Тиазолидиндионы Пиоглитазон Лираглутид Экзенатид Ааторвастатин Розувостатин Эзетиниб Телмисартан Лозартан Ирбесартан Ингибиторы АПФ
Болезнь Вильсона-Коновалова	Д-пеницилламин Соли цинка
Гемохроматоз	Десферал

Госпитализация

Показания для плановой госпитализации:

- определение тяжести и этиологии поражения печени (включая выполнение биопсии);
- коррекция декомпенсированного заболевания печени;
- профилактика и лечение осложнений ЦП (включая терапевтические, эндоскопические и хирургические методы);
- проведение этиотропной (противовирусной и иной), патогенетической (иммуносупрессивной и иной) терапии и коррекция ее побочных эффектов;
- обследование при подготовке к трансплантации печени.

Показания к экстренной госпитализации:

- кровотечение из ВРВ;
- прогрессирующая печёночная энцефалопатия;
- гепаторенальный синдром;
- спонтанный бактериальный перитонит;
- острые тромбозы в системе воротной / нижней полой вен;
- быстрое прогрессирование симптомов декомпенсации.