



**Цирроз печени.**

**Выполнила: Литвинова  
Н.В.**

L/O/G/O

# Цирроз печени

- хронический прогрессирующий процесс в печени,
- характеризующийся значительным снижением количества функционирующих гепатоцитов, нарастанием фиброза, перестройкой нормальной структуры печени и развитием печёночной недостаточности и портальной гипертензии.



**Цирротическая печень увеличена или уменьшена в размерах, необычно плотная, бугристая, шероховатая.**



# Этиология.

- длительная интоксикация алкоголем (по разным данным, от 40—50 % до 70—80 %)
- на фоне вирусных гепатитов В, С и D (30—40 %).
- болезни желчевыводящих путей (внутри- и внепеченочных),
- застойная сердечная недостаточность,
- различные химические и лекарственные интоксикации.
- при наследственных нарушениях обмена веществ (гемохроматоз, гепатолентикулярная дегенерация, недостаточность  $\alpha_1$ -антитрипсина)
- окклюзионные процессы в системе воротной вены (флебопортальный цирроз).
- Первичный билиарный цирроз печени возникает первично без видимой причины. Приблизительно у 10—35 % больных этиология остается неясна.



# Патогенез.

- Основной фактор - гибель печёночных клеток.
- На месте погибших клеток образуются рубцы и нарушается ток крови в дольки.
- Продукты распада клеток стимулируют воспалительную реакцию.
- Нарушаются все функции печени и кровоснабжения печёночных клеток, так как плотная соединительная ткань механически сдавливает сосуды печени, в результате начинает развиваться синдром портальной гипертензии.

# Повреждение печени

Разрушение  
гепатоцитов

Дистрофия  
гепатоцитов

Разрастание  
фиброзной ткани

## Клинические проявления

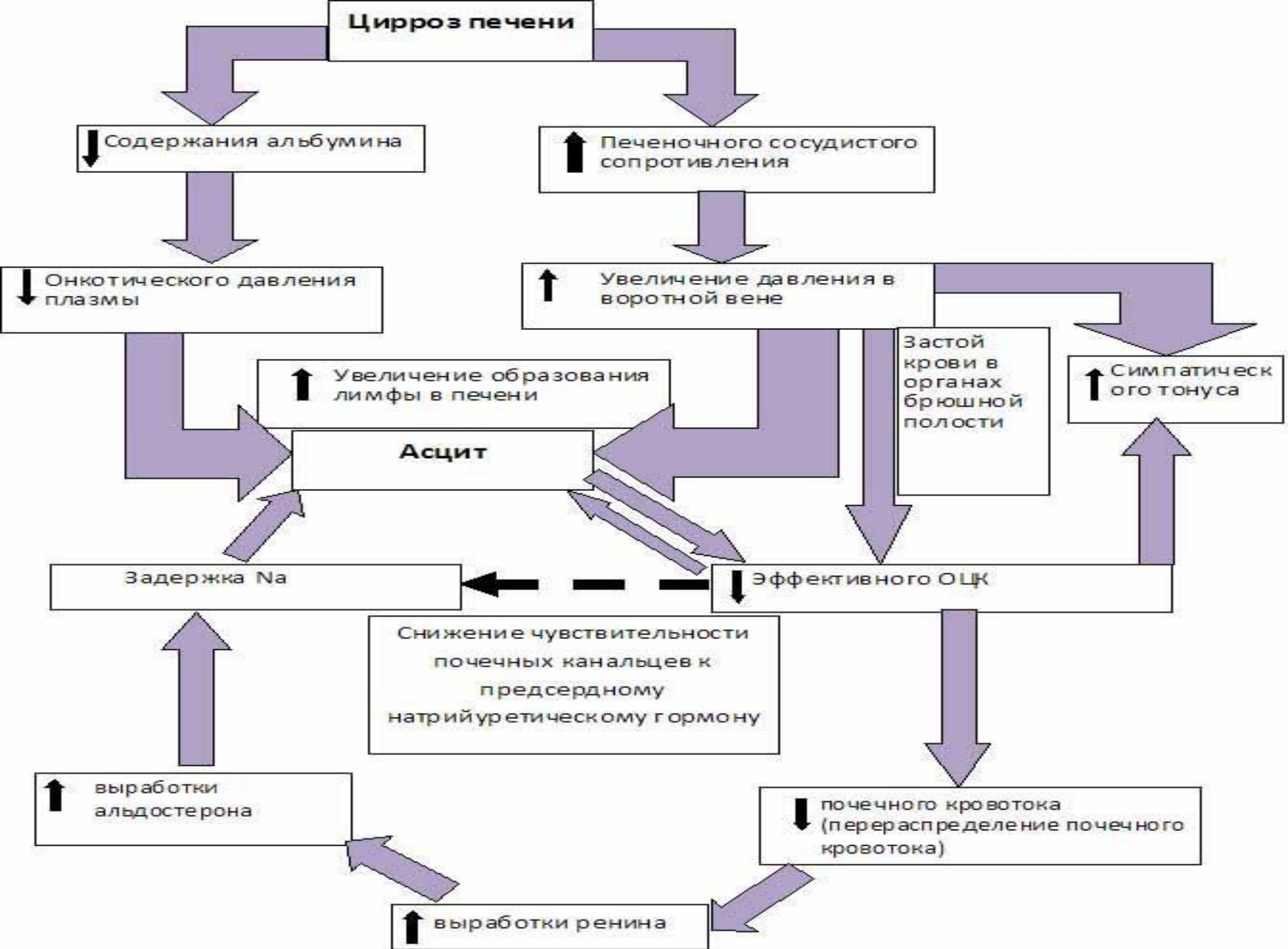
Печеночно-клеточная  
недостаточность

Портальная  
гипертензия

Желтуха,  
геморрагический  
синдром, отеки, асцит

Печеночная  
энцефалопатия

ВРВП, асцит  
спленомегалия



# Классификация:

## 1. По этиологии:

- вирусный
- алкогольный
- лекарственный
- вторичный билиарный
- врожденный, при следующих заболеваниях:
  - ✓ гепатолентикулярная дегенерация
  - ✓ гемохроматоз
  - ✓ дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина
  - ✓ тирозиноз
  - ✓ галактоземия
  - ✓ гликогенозы
- застойный (недостаточность кровообращения)
- болезнь и синдром Бадда-Киари
- обменно-алиментарный, при следующих состояниях:
  - ✓ наложение обходного тонкокишечного анастомоза
  - ✓ ожирение
  - ✓ тяжелые формы сахарного диабета
- цирроз печени неясной этиологии
  - ✓ криптогенный
  - ✓ первичный билиарный
  - ✓ индийский детский





## 2. стадии портальной гипертензии:

- стадия компенсации
- начальной декомпенсации
- выраженной декомпенсации

## 3. стадии печёночной недостаточности:

- компенсированная
- субкомпенсированная
- декомпенсированная(вплоть до развития печёночной комы).



## **4. Активность процесса:**

- активная фаза**
- ремиссия**

## **5. течение процесса:**

- медленно прогрессирующее**
- быстро прогрессирующее**
- стабильное**

# Классификация по Чайлд-Пью.

Параметр	Баллы		
	1	2	3
<b>Асцит</b>	Нет	Мягкий, легко поддается лечению	Напряженный, плохо поддается лечению
<b><u>Энцефалопатия</u></b>	Нет	Легкая (I—II)	Тяжелая (III—IV)
<b>Билирубин, мкмоль/л(мг%)</b>	менее 34 (2,0)	34—51 (2,0—3,0)	более 51 (3,0)
<b>Альбумин, г</b>	более 35	28—35	менее 28
<b>ПТВ, (сек) или ПТИ (%)</b>	1—4 (более 60)	4—6 (40—60)	более 6 (менее 40)
<b>Питание</b>	Хорошее	Среднее	Сниженное

# Формулировка диагноза:

- Основной:
  - Цирроз печени,
  - морфология (если есть), этиология,
  - активность, класс по шкале Чайлда-Пью, стадия компенсации.
- Осложнения:
  - Портальная гипертензия.
  - Присутствующие синдромы (асцит, варикозно-расширенные вены пищевода (степень расширения)),
  - гиперспленизм (степень),
  - энцефалопатия (этиология, степень, стадия ...)
- Сопутствующие заболевания...



# Клиника.

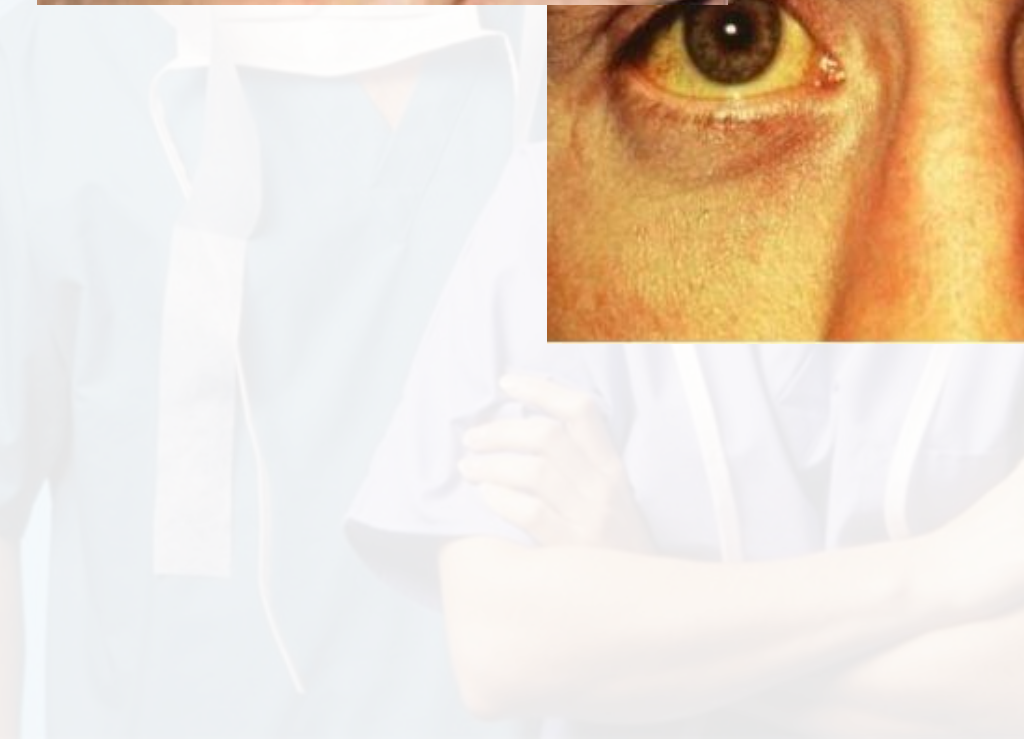
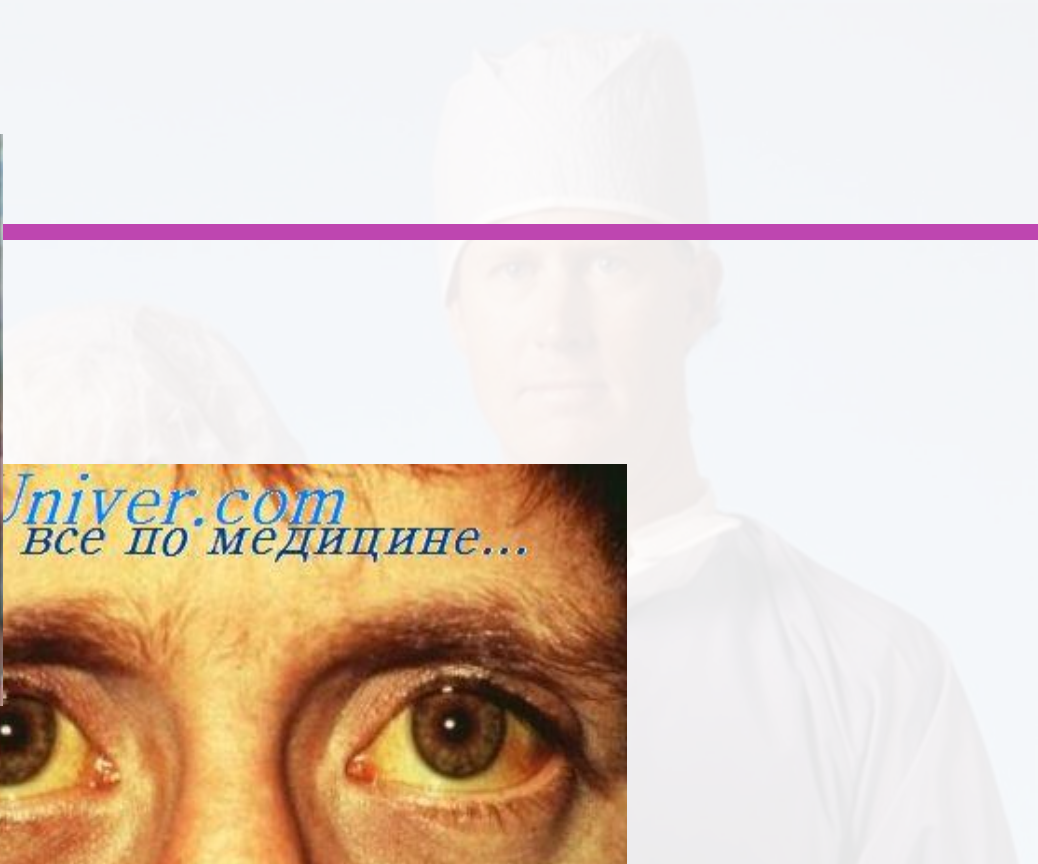
**Зависит от этиологии, от степени нарушения функции печени и выраженности синдромов портальной гипертензии и печёночной недостаточности.**

# Жалобы:

- на боли в правом подреберье и подложечной области, усиливающиеся после еды (жирной, острой) и физических нагрузок.
- Тошнота, периодическая рвота, чувство сухости и горечи во рту, общая слабость, утомляемость, раздражительность, кожный зуд, похудание. У женщин – нарушение менструального цикла. У мужчин – нарушение потенции.

# Объективно:

- Исхудание, вплоть до истощения,
- Атрофия мускулатуры,
- Кожа желтушно-бледная, сухая.
- Может быть расширение вен передней брюшной стенки,
- Увеличение живота, выпячивание пупка, отёки нижних конечностей.





# Может быть:

- Сердцебиение, глухость сердечных тонов, аритмия, одышка, повышение артериального давления.
- На фоне цирроза печени развивается хронический гастрит, язвенная болезнь, сахарный диабет, нарушается функция половых желез, надпочечников и развивается токсическая энцефалопатия. Она проявляется нарушением сна, головными болями, снижением памяти, дрожанием пальцев рук, апатией.



**Печень при  
пальпации  
плотная,  
увеличена в  
размерах, с  
острым краем.  
На поздних  
стадиях цирроза  
может быть  
уменьшена в  
размерах.**



# Осложнения:

- ✓ кровотечения из расширенных вен пищевода, или геморроидальных узлов.
- ✓ развитие печеночной недостаточности с исходом в печеночную кому.
- ✓ вторичная бактериальная инфекция (тяжелая пневмония, сепсис, перитонит).
- ✓ переход цирроза печени в рак.



# Диагностика цирроза печени:

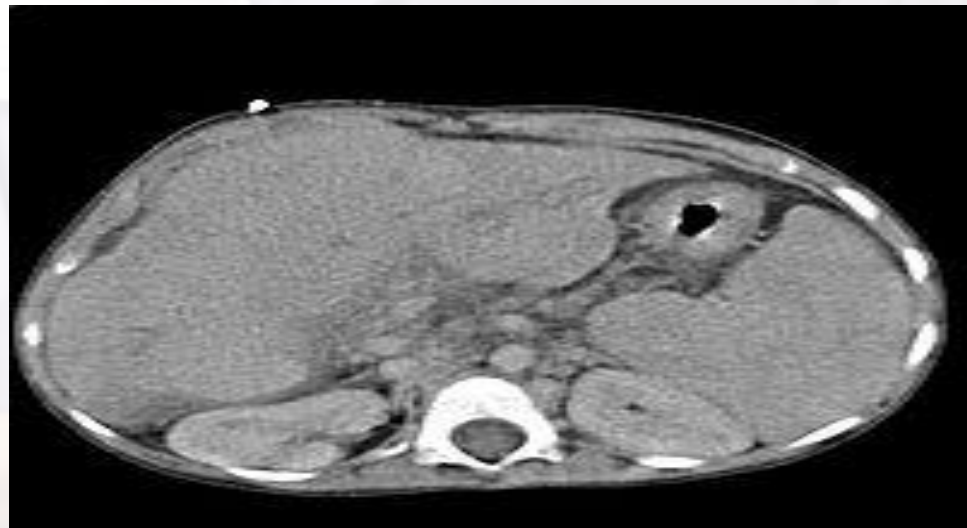
1. ОАК – анемия, тромбоцитопения, лейкопения, увеличение СОЭ.
2. ОАМ – протеинурия, микрогематурия, билирубин в моче.
3. Иммунологический анализ.
4. Маркёры вирусной инфекции.



**5. В БАК – гипербилирубинемия, диспротеинемия, за счет увеличения количества глобулинов. Повышение уровня осадочных проб – сулемовая, тимоловая. Повышение уровня трансаминаз – АлАт, АсАт, и щелочной фосфатазы.**

# Инструментальные исследования:

1. УЗИ печени и желчного пузыря (выявляется неравномерность ткани печени, увеличение размеров).
2. Компьютерная томография органов брюшной полости.
3. Гастроскопия.
4. Колоноскопия.





**□ Пункционная биопсия печени с последующим гистологическим исследованием, может проводиться во время лапароскопии или чрезкожно. Позволяет судить об активности процесса и является важным дифференциальным критерием для отличия хронического гепатита от цирроза печени.**



# Лечение:

**1. Лечебный режим. В период обострения – постельный режим.**

**2. Лечебное питание – диета № 5.**

**Диета при ЦП должна быть полноценной, содержащей 70—100 г белка (1—1,5 г на 1 кг массы тела), 80—90 г жиров (из них 50 % — растительного происхождения), 400—500**

**углеводов.**





# Цирроз печени

## компенсированный, класс А по шкале Чайльд-Пью.

В лечебные мероприятия входят:

1. Базисная терапия, аналогична таковой при хронических вирусных гепатитах. Препараты, устраняющие симптомы диспепсии принимаются курсами по 2-3 недели каждые 3 месяца. Средства, влияющие на функциональную активность гепатоцитов, адсорбенты, панкреатические ферментные препараты назначаются в стандартных дозах курсами в 1-2 месяца с перерывами в 1 месяц.
2. Альфа-интерферон (роферон А, интрон А и др. аналоги) подкожно или внутримышечно по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю в течение 3-х месяцев назначаются строго индивидуально.

# Цирроз печени субкомпенсированный, класс В по шкале Чайльд-Пью.

В лечебные мероприятия входят:

1. Диета с ограничением белка (0,5 г/кг) и поваренной соли.
2. Верошпирон 100 мг в день постоянно.
3. Триампур по 1-2 таблетки через день. В зависимости от диуретического ответа препарат можно назначать курсами, не постоянно, но на фоне приема верошпирона.
4. Ампициллин 0,5х4 раза в день - 5 дней, 1 раз в 3 месяца.
5. Базисная терапия, аналогичная таковой при хронических вирусных гепатитах.

# Цирроз печени декомпенсированный, класс С по шкале Чайльд-Пью.

В лечебные мероприятия входят:

1. Курс интенсивной терапии:

- внутривенно капельно 20 % раствор альбумина 2 раза в неделю 2 недели;
- внутривенно капельно 10-20% раствор глюкозы с препаратами калия - курс 5-7 инъекций;
- внутривенно капельно гепастерил А, курс 5-6 инфузий;
- лазикс внутримышечно 40-80 мг, кратность введения зависит от показателей диуреза;
- клизмы с сульфатом магния (15-20 г на 100 мл воды), если имеются запоры или данные о предшествующем пищеводно-желудочно-кишечном кровотечении;
- ампициллин по 1,0 4 раза в день в течение 5-ти дней.

При отсутствии эффекта - терапевтический парацентез с однократным выведением асцитической жидкости и одновременным внутривенным введением 10 г альбумина на 1,0 литр удаленной жидкости, а также введение 150 мл полиглюкина.



## 2. Курс пролонгированной терапии:

- базисная терапия, аналогичная терапии при хронических вирусных гепатитах;
- верошпирон 100 мг в день постоянно;
- триампур по 1-2 таблетки через день (в зависимости от показателей диуреза).

Базисная терапия, включая диету и мочегонные средства, предписываются пожизненно (мочегонные - под контролем диуреза), а интенсивная терапия - на период декомпенсации. Основным требованием к результатам лечения является обеспечение стабильной компенсации болезни.



**Спасибо за  
внимание!**