

Презентация

Тема:

«Цирроз печени»



- **Цирроз печени** – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов
- Цирроз печени – финальная стадия ряда хронических заболеваний печени.

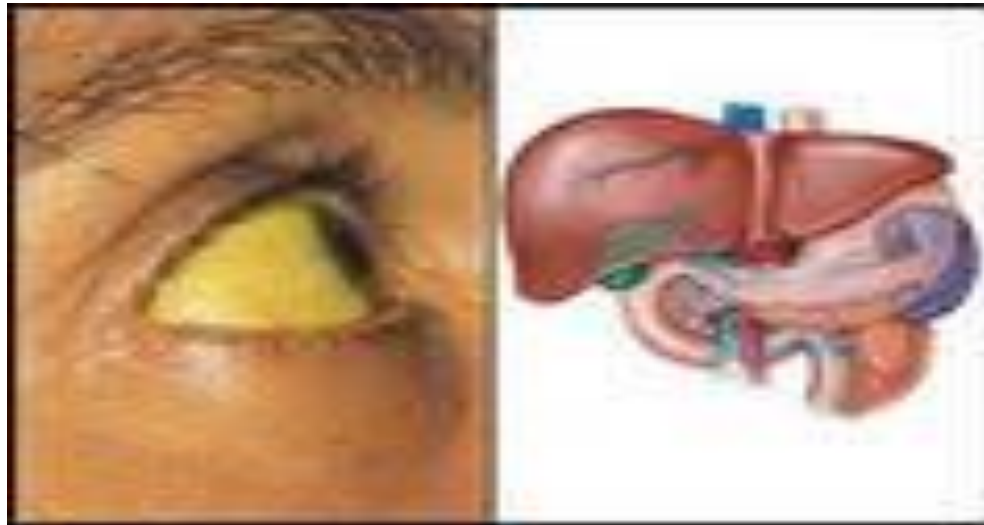


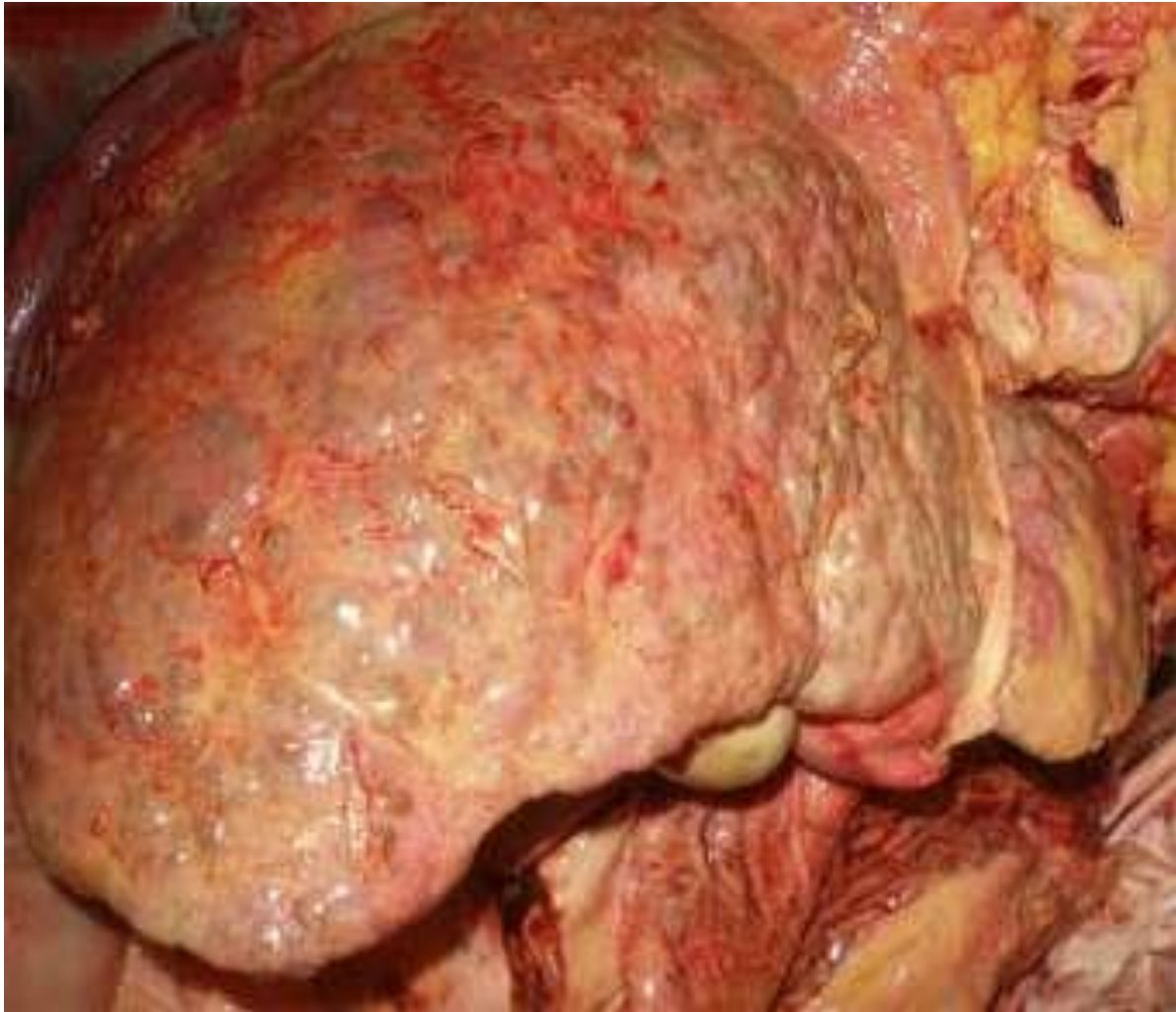


Рис. 8.6. Причины формирования цирроза печени

Патогенез.

Основным фактором является гибель печёночных клеток. На месте погибших клеток образуются рубцы и нарушается ток крови в дольки.

Продукты распада клеток стимулируют воспалительную реакцию. В результате нарушаются все функции печени и кровоснабжения печёночных клеток, так как плотная соединительная ткань механически сдавливает сосуды печени, в результате начинает развиваться синдром портальной гипертензии. Вначале затрудняется венозный кровоток в самой печени, затем происходит венозный застой и варикозное расширение вен пищевода, кишечника, прямой кишки и передней брюшной стенки. Впоследствии начинает развиваться асцит и как осложнение – кровотечение из варикозно расширенных вен.



Классификация

1. по этиологии:

- вирусный
- алкогольный
- аутоиммунный
- токсический
- генетический
- кардиальный
- холестатический

2. стадии портальной гипертензии:

- стадия компенсации
- начальной декомпенсации
- выраженной декомпенсации

3. стадии печёночной недостаточности:

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

- **В начальной стадии** ЦП протекает с минимальной симптоматикой:
- - умеренные боли в правом подреберье;
- - носовое кровотечение;
- - преходящая субиктеричность склер и кожи;
- - периодическим появлением легкого кожного зуда;
- - субфебрилитет
- - увеличение размеров печени.

- **В стадии выраженных клинических проявлений** – все перечисленные симптомы нарастают; дополнительно появляются желудочно-кишечные расстройства, похудение – иногда кровавая рвота, анемия, гепатолиенальный синдром с явлениями гиперскленизма или без них, упорный метеоризм, пальмарная эритема, лихорадка и др.

- В **терминальной стадии** – наблюдается прогрессирующее похудание больного, вплоть до кахексии, явления энцефалопатии, нарастают асцит, анасарка, появляются массивные, опасные для жизни кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, кожные геморрагические сыпи, гинекомастия (у мужчин). Недостаточность внешне- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы (гепато панкреатический синдром), нарушение функции почек (гепаторенальный синдром, симптоматические (гепатогенные) язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечения из них, миокардиодистрофия, длительная лихорадка неправильного типа, ПЭ и кома.

Осложнения цирроза печени:

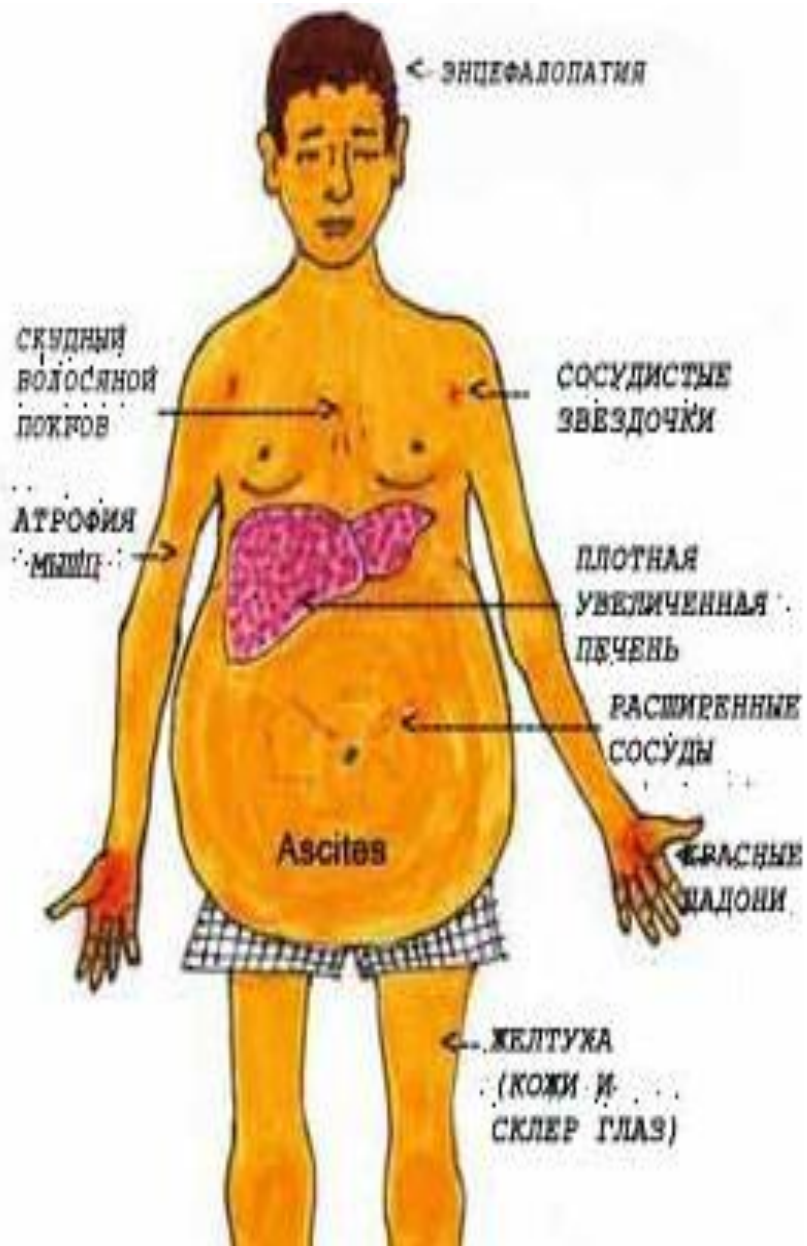
- Отечно-асцитический синдром
- Геморрагический синдром
(кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, из геморроидальных вен)
- Печеночная энцефалопатия и кома
- Формирование цирроза – рака печени
(гепатоцеллюлярная карцинома)

Портальная гипертензия

- классический синдром, характерный для ЦП (редко развивается при тяжелом ХГ). Однако, не следует забывать, что диагноз ЦП нельзя выставлять, основываясь только на наличии у больного этого синдрома.
- Образование асцита при ЦП связано с белковым дисбалансом (гипоальбуминемией), повышением внутрисосудистого давления в системе портальной вены, задержкой натрия и воды, периферической вазодилатацией, увеличением концентрации пресорных гормонов в плазме крови (ренина, альдостерона, вазопрессина и норадреналина), изменением мембранной проницаемости брюшины.

- Портальной гипертензии складывается из отечно-асцитических проявлений, симптомов, связанных с расширением анастомозов и шунтированием. Больной жалуется вначале на упорное вздутие живота («ветер перед дождем», а затем отмечает постоянное и прогрессирующее увеличение живота.
- Параллельно появляются отеки, преимущественно на ногах. Нередко вследствие расширения геморраидальных вен больные жалуются на частые ректальные кровотечения).
- При выраженном асците из-за распираания брюшной стенки появляются боли неопределенной локализации. Возможно развитие одышки, астения, «печеночная лень».

- При обследовании больного – асцит, отеки, расширение вен на передней брюшной стенке («голова медузы»), спленомегалия.
- Косвенно о шунтировании свидетельствуют сосудистые «звездочки», ангиомы на груди, пальпарная и плантарная эритема.
- В развитии этих симптомов, безусловно, имеет значение недоразрушение эстрогенов, пролактина, серотонина и снижение дезинтоксикационной функции печени.



Формы течения ПЭ:

1. Латентная (имеется у 70-80% больных ЦП, выявляемая специальными тестами)
2. Клинически выраженная:
 - - хроническая
 - Рецидивирующая
3. Особые формы:
 - - гепатоцеребральная дегенерация
 - - спастический парапарез

- При печеночной энцефалопатии в зависимости от стадии, наблюдаются следующие изменения:
- **легкая** – изменения ритма сна, снижение концентрации внимания, неврастения, изменение почерка
- **средняя** – сонливость, отсутствие чувства времени, нарушение счета, отсутствие торможения, страх, апатия, смазанная речь
- **тяжелая** – дезориентация, неспособность к счету, глубокая амнезия, неадекватное поведение, повышение рефлексов, спастичность.
- **Кома** – отсутствуют сознание и реакция на боль, арефлексия

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. Биохимическое исследование крови – гипербилирубинемия, диспротеинемия, за счет увеличения количества глобулинов. Повышение уровня осадочных проб – сулемовая, тимоловая. Повышение уровня трансаминаз – Ал-Ат, Ас-Ат, 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.
5. Пункционная биопсия печени



Лечение:

1. Лечебный режим. Исключается работа с физическими и психоэмоциональными нагрузками. Показан кратковременный отдых в течении дня. Исключаются гепатотоксические препараты, физиолечение и бальниолечение. В период обострения – постельный режим.
2. Диета № 5
3. Противовирусное лечение:
4. Интерфероны в течении 6 месяцев (Интерферон А, Велферон, Роферон).
5. Патогенетическое лечение: кортикостероиды, цитостатики.

6. Дезинтоксикационная терапия: Гемодез внутривенно-капельно, 5% глюкоза.
Энтеросорбенты – Лактофильтрум, Фильтрум, Энтеросгель.
7. Гепатопротекторы: Корсил, Легалон, Катерген.
8. Лечение кровотечений из расширенных вен.
9. Лечение отёчно-асцитического синдрома при циррозе, вначале – Верошпирон, Альдиктон, а затем в сочетании их с Урегитом, Гипотиазидом, Фуросемидом.

Критерии отбора больных для трансплантации печени

- 1) Наличие показаний к ТП
- а) при хроническом диффузном заболевании печени:
 - - необратимое прогрессирующее заболевание печени, проявляющегося одним или несколькими угрожающими жизни синдромами (портальная гипертензия, печ-клет недостаточность)
 - - неэффективность консервативной терапии и паллиат хир методов лечения
- б) при очаговых заболеваниях печени
 - - невозможность выполнения радикальной резекции
 - - функциональная недостаточность паренхимы