

Цирроз печени

Подготовила студентка 517 ОЛД группы
Кульпина Татьяна Алексеевна

Цирроз печени

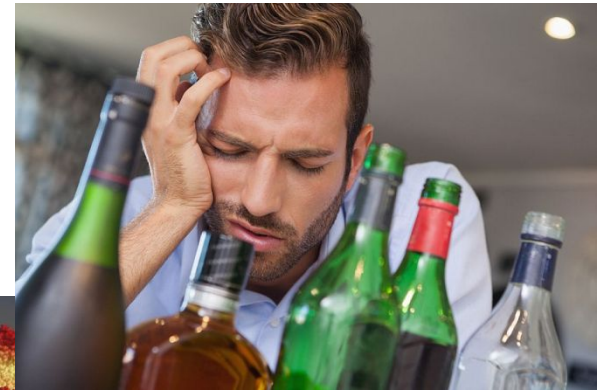
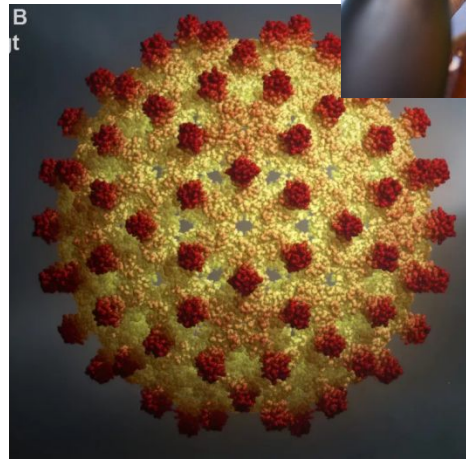
хроническое полиэтиологическое диффузное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и сосудистой системы печени, появлением узлов регенерации, развитием функциональной недостаточности печени и портальной гипертензии.

Классификация цирроза печени

(А.С. Логинов, Ю.Е. Блок)

I. Этиологические варианты:

1. Вирусный;
2. Алкогольный;
3. Аутоиммунный;
4. Токсический;
5. Кардиальный;
6. Генетический;
7. Вследствие внутри- и внепеченочного холестаза;
8. Криптогенный.



Классификация цирроза печени

(А.С. Логинов, Ю.Е. Блок)

II. Морфологические варианты:

1. Микронодулярный;
2. Макронодулярный;
3. Смешанный;
4. Неполный септальный;
5. Билиарный.

Классификация цирроза печени

(А.С. Логинов, Ю.Е. Блок)

III. Стадия портальной гипертензии:

1. Компенсированная;
2. Стадия начальной декомпенсации;
3. Стадия выраженной декомпенсации

Классификация цирроза печени

(А.С. Логинов, Ю.Е. Блок)

IV. Стадия печеночно-клеточной недостаточности:

1. Компенсированная (начальная);
2. Субкомпенсированная;
3. Декомпенсированная.

Классификация цирроза печени

(А.С. Логинов, Ю.Е. Блок)

V. Активность и фаза:

1. Активная фаза (обострение);
2. Неактивная фаза (ремиссия).

Классификация цирроза печени

(А.С. Логинов, Ю.Е. Блок)

VI. Течение:

1. Медленно прогрессирующее;
2. Быстро прогрессирующее;
3. Стабильное

Этиологическая классификация циррозов печени (Широкова Е. Н., Золотаревский В. Б., 2002)

I. Вирусные гепатиты (В, С, D, G).

II. Алкоголь.

III. Метаболические нарушения:

(Наследственный гемохроматоз. Болезнь Вестфаля-Вильсона-Коновалова. Кистозный фиброз (муковисцидоз). Галактоземия. Гликогенозы. Наследственная тирозинемия. Наследственная непереносимость фруктозы. Наследственная геморрагическая телеангиоэктазия. Абетапопротеинемия. Порфирии.)

IV. Заболевания желчных путей:

(Внепеченочная обструкция желчных путей. Внутрпеченочная обструкция желчных путей. Первичный билиарный цирроз. Первичный склерозирующий холангит. Вторичный билиарный цирроз.)

Этиологическая классификация циррозов печени (Широкова Е. Н., Золотаревский В. Б., 2002)

V. Холангиопатии у детей:

(Болезнь Байлера (прогрессирующий детский холестаз). Синдром Алажиля (артериопеченочная дисплазия). Синдром Ааджина (холестаз с лимфедемой). Синдром Зельвегера.)

VI. Нарушение венозного оттока из печени:

(Синдром или болезнь Бадда-Киари. Веноокклюзионная болезнь. Тяжелая правожелудочковая сердечная недостаточность.)

VII. Лекарства, токсины, химикаты.

VIII. Иммунные нарушения:

(Аутоиммунный гепатит. Болезнь «трансплантат против хрозьяина».)

IX. Разные причины:

(Другие инфекции (сифилис, шистосомоз). Саркоидоз. Неалкогольный стеатогепатит. Еюнальное шунтирование при ожирении. Криптогенный цирроз.)

Диагноз

1. Основной диагноз
2. Этиология
3. Степень компенсации
4. Наличие портальной гипертензии, системных проявлений
5. Осложнения

Например:

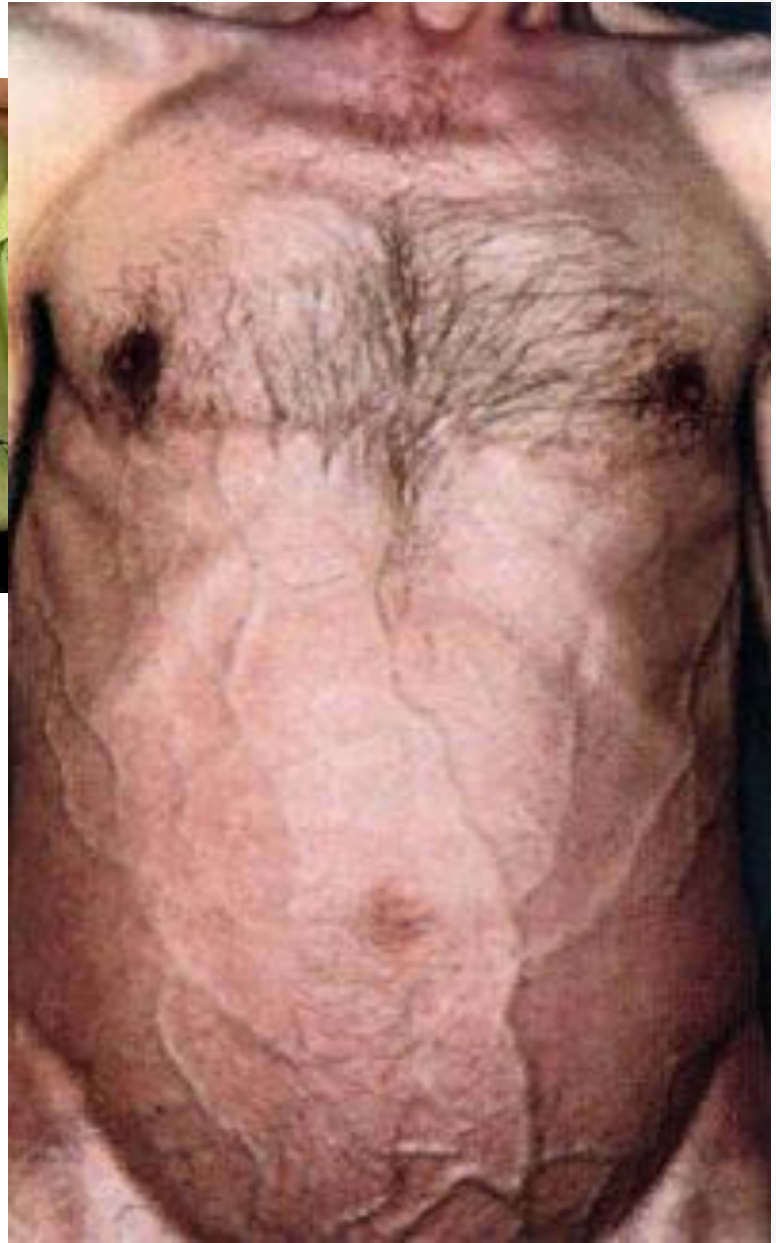
Цирроз печени, Вирусный (В+С), Декомпенсированный (класс С по Чайлд-Пью), Портальная гипертензия, Отечно-асцитический синдром. Печеночная энцефалопатия.

МКБ 10

- K74 Фиброз и цирроз печени
 - K74.3 Первичный билиарный цирроз
 - K74.4 Вторичный билиарный цирроз
 - K74.5 Билиарный цирроз неуточнённый
 - K74.6 Другой и неуточнённый цирроз печени
- K70.3 Алкогольный цирроз печени
- K71.7 С токсическим поражением печени
- K72 Хроническая печёночная недостаточность
- K76.6 Портальная гипертензия.

Клинические проявления

- похудание, в тяжелых случаях истощение;
- выраженная атрофия мускулатуры и значительное снижение мышечного тонуса и силы;
- сухая, шелушащаяся желтушно-бледная кожа;
- ксантелазмы, чаще выявляются при первичном билиарном циррозе;
- припухлость суставов и прилегающих к ним костей (при билиарном циррозе печени – «билиарный ревматизм»);
- расширение вен передней брюшной стенки вследствие затруднения кровотока в печени в связи с развитием выраженного фиброза. В выраженных случаях эта коллатеральная венозная сеть напоминает голову медузы («caput medusae»).



Клинические проявления

«малые признаки»

- появление на коже верхней половины туловища «сосудистых звездочек» - телеангиэктазий в виде паучков.
- эритема ладоней. Характерно, что «сосудистые звездочки» никогда не располагаются ниже пупка, они наиболее выражены при развитии ЦП, в периоде ремиссии возможно их обратное развитие;
- разлитая ярко-красная окраска ладоней или в области thenar или hypothenar («печеночные ладони»);
- лакированный, отечный, необложенный язык красного цвета;
- гинекомастия у мужчин;
- атрофия половых органов;
- асцит;
- часто выявляется гиперкинетический тип гемодинамики (повышение минутного объема крови, пульсового давления, быстрый, полный пульс);



Клинические проявления (гепаторенальный синдром)

- удельный вес мочи и его колебания мало отличаются от нормы;
- белок обнаруживается не всегда и в небольшом количестве;
- патологический осадок (эритроциты, цилиндры) выражен незначительно;
- изменяются парциальные функции почек, в частности, уменьшается клубочковая фильтрация.

Клинические проявления

- гиперспленизм;
- синдромом панцитопении (анемия, лейкопения, тромбоцитопения);
- рефлюкс-эзофагит;
- язвы желудка и 12-перстной кишки (10-18%);
- хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью;
- хронический энтерита с синдромом мальабсорбции;
- токсическая энцефалопатия;
- синдромы печеночно-клеточной недостаточности (цитолитический, холестатический, экскреторнобилиарный синдромы);

Цитолитический синдром

1. В крови:

- гиперферментемия - АлАТ, АсАТ, ГлДГ, ЛДГ, альдолаза, гипербилирубинемия (преимущественно за счет прямого билирубина);
- повышение уровня сывороточного железа и витамина В12;
- гипоальбуминемия;
- уменьшение содержания факторов свертывания крови: фибриногена, протромбина, акцелерина, проконвертина, антигемофильных глобулинов.

2. Снижение толерантности к алкоголю.

3. Астенический синдром.

4. Диспептический синдром.

5. Нервно-психические расстройства.

6. Геморрагический диатез.

7. Эндокринные нарушения.

8. Кожные нарушения.

9. Отечно-асцитический синдром.

10. Печеночный запах.

Холистатический синдром

- Кожный зуд;
- Нарушение процесса усвоения витаминов и жиров, проявляющееся снижением веса;
- Обесцвечивание кала. Массы становятся жидкими, но объемными, с большим содержанием жира;
- Потемнение мочи;
- Желтушность кожи;
- Гиповитаминоз, а именно, дефицит витаминов К, А, D, Е;
- Появление на коже спины, груди, шеи, век опухолеобразных пятен – ксантом.

Лабораторные исследования

- Общий анализ крови
- Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, билирубин, белок, мочеви́на, креатинин, глюкоза)
- Коагулограмма
- Содержание в крови иммуноглобулинов А (алкогольный) и М (первичный билиарный)
- Маркеры вирусов гепатитов
- Общий анализ мочи
- Копрограмма
- Исследования для диагностики аутоиммунных заболеваний

Инструментальные исследования

- УЗИ органов брюшной полости
- ФГДС (уточнение степени выраженности ВРВ пищевода)
- Биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата
- Исследование асцитической жидкости
- Эластография печени
- КТ, МРТ органов брюшной полости

Осложнения цирроза печени

- энцефалопатия с развитием печеночной комы;
- профузные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка;
- кровотечения из варикозно расширенной нижней геморроидальной вены;
- тромбоз воротной вены;
- присоединение вторичной бактериальной инфекции (пневмония, сепсис, перитонит);
- прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность;
- трансформация цирроза печени в цирроз-рак.

Определение степени тяжести цирроза печени (классификация Child-Pugh)

баллы	1	2	3
Билирубин крови, мкмоль/л (мг/%)	Менее 34 (< 2,0)	34-51 (2,0-3,0)	Более 51 (> 3,0)
Альбумин сыворотки крови, г	Более 35	28-35	Менее 28
Протромбиновое время, с (протромбиновый индекс, %)	1-3 (>60)	4-6 (40-60)	Более 6 (< 40)
Печеночная энцефалопатия	0	I-II	III-IV
Асцит	Нет	Мягкий, эпизодический	Тяжелый, рефрактерный

- класс А (компенсированный) – от 5 до 6 баллов;
- класс В (субкомпенсированный) – от 7 до 9 баллов;
- класс С (декомпенсированный) – 10-15 баллов.

Лечение

- полноценное сбалансированное 4-5 разовое питание по типу диеты №5
- этиологическое лечение (при алкогольном, лекарственном, в определенной мере вирусном)
 - интерферон-α и рибавирин (вирусный цирроз)
 - ламивудин, фамецикловир, лобуковир, адефовир (декомпенсированный цирроз, иммуносупрессия)
- Дезинтоксикационная терапия:
 - раствор 5% глюкозы 500мл в/в;
 - альбумин,
 - аминокислоты: полиамин, инфезол, неоальвезин и др.

Лечение

- Ферментативные препараты: креон, мезим-форте, панцитрат и др.
- Лактулоза (внутри 20-30 г порошка или 30-50 мл сиропа 3 раза в сутки)
- Колхицин (суточная доза 1 мг в течение 5 дней в неделю (1-5 лет))
- Метотрексат внутри 15 мг в неделю
- адеметионин (гептрал) – алкогольные циррозы и с выраженным холестатическим синдромом;
интенсивная терапия - в/в капельно или в/м в суточной дозе 400-800 мг;
поддерживающая терапия - внутри в суточной дозе 800-1600 мг в течение 4 недель

Лечение

- Гепамерц (при печеночной энцефалопатии):
Внутрь, по 3-6 г 3 раза в день после еды
в/м – по 2-6 г/сут
В/в струйно – по 2-4 г/сут
- гепасол – нео (ОПечН):
в/в капельно со скоростью 1-1,25 мл/кг массы тела,
что соответствует 0,08-0,1 г аминокислот/кг/ч
- спиронолактон (верошпирон) – отечный синдром
(суточная доза 100 мг)
- Фуросемид - начальная доза 40 мг/сут, затем
повышают каждые 2-3 дня, не превышая 160 мг/сут

Лечение

Кожный зуд

- Колестирамин внутрь 400 мг 3 раза в сутки, растворив в воде
- Колестипол внутрь 500 мг 3 раза в сутки, растворив в воде
- Рифампицин внутрь 150-300 мг 2 раза в сутки
- Налтрексон внутрь 50 мг в сутки.

Урсодезоксихолевая кислота (УДХК) (урсосан, урсофальк) - из расчета 10-15 мг/кг в сутки (при необходимости – до 20 мг/кг) в 2-3 приема

Терапевтический парацентез – лечение первой линии для пациентов с объемным или рефрактерным асцитом.

Экспертиза

- Цирроз печени любой этиологии часто ведет к ограничению трудоспособности и инвалидности III группы.
- Для больных циррозом В, С, D с активной репликацией вируса характерно прогрессирующее течение, наличие холестатического, цитолитического синдромов, портальной гипертензии, спленомегалии, отечно-асцитический синдром, возможны кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и устанавливается II группа инвалидности.
- При сочетании вирусов В+С, В+D+С, а также наличии выраженного аутоиммунного компонента наблюдается быстро прогрессирующее течение (летальный исход возможен в течение 6-12 месяцев), показана I группа инвалидности.

Санаторно-курортное лечение при циррозе печени любой этиологии противопоказано!

