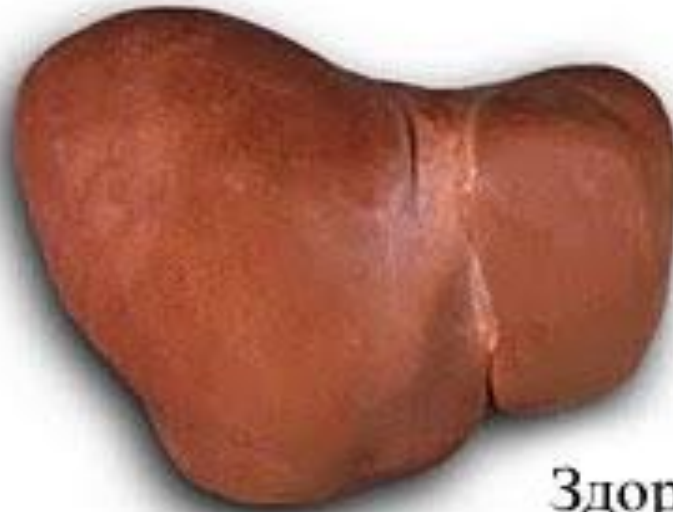


АО «Медицинский
Университет Астана»
Кафедра внутренних
болезней по интернатуре и
резидентуре

СРС на тему:
«Цирроз печени»

Выполнила: Еремеева Л.
Астана 2012





Здоровая печень



Цирроз печени

Цирроз печени

хроническое полиэтиологическое диффузное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой структуры паренхимы и сосудистой системы печени, развитием узлов регенерации, печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

Этиологическая классификация:

- Вирусный
- Алкогольный
- Лекарственный
- Вторичный билиарный цирроз
- Застойный цирроз печени
- Болезнь и синдром Бадда-Киари

- Врожденный цирроз печени при:
 - Гепатолентикулярная дегенерация
 - Гемохроматоз
 - Дефицит α 1-антитрипсина
 - Тирозиноз
 - Галактоземия
 - Гликогенозы

- Обменно-алиментарный цирроз при:
 - Наложение тонкокишечного обходного анастомоза
 - Ожирение
 - Тяжелые формы сахарного диабета

- Циррозы печени неясной этиологии:
 - Криптогенный
 - Первичный билиарный цирроз
 - Индийский детский

Классификация по Чайлд-Пью

Параметр	Баллы		
	1	2	3
Асцит	нет	умеренно выраженный	значительно выраженный
Энцефалопатия	нет	легкая	тяжелая
Билирубин мкмоль/л	<35	35-50	>50
Альбумин г%	>3,5	2,8-3,5	<2,8
ПТВ, кратность увеличения	1-3	4-6	>6
Питание	хорошее	среднее	сниженное

Класс цирроза выставляется в зависимости от суммы баллов по всем параметрам:

Сумма баллов 5-6 - класс А

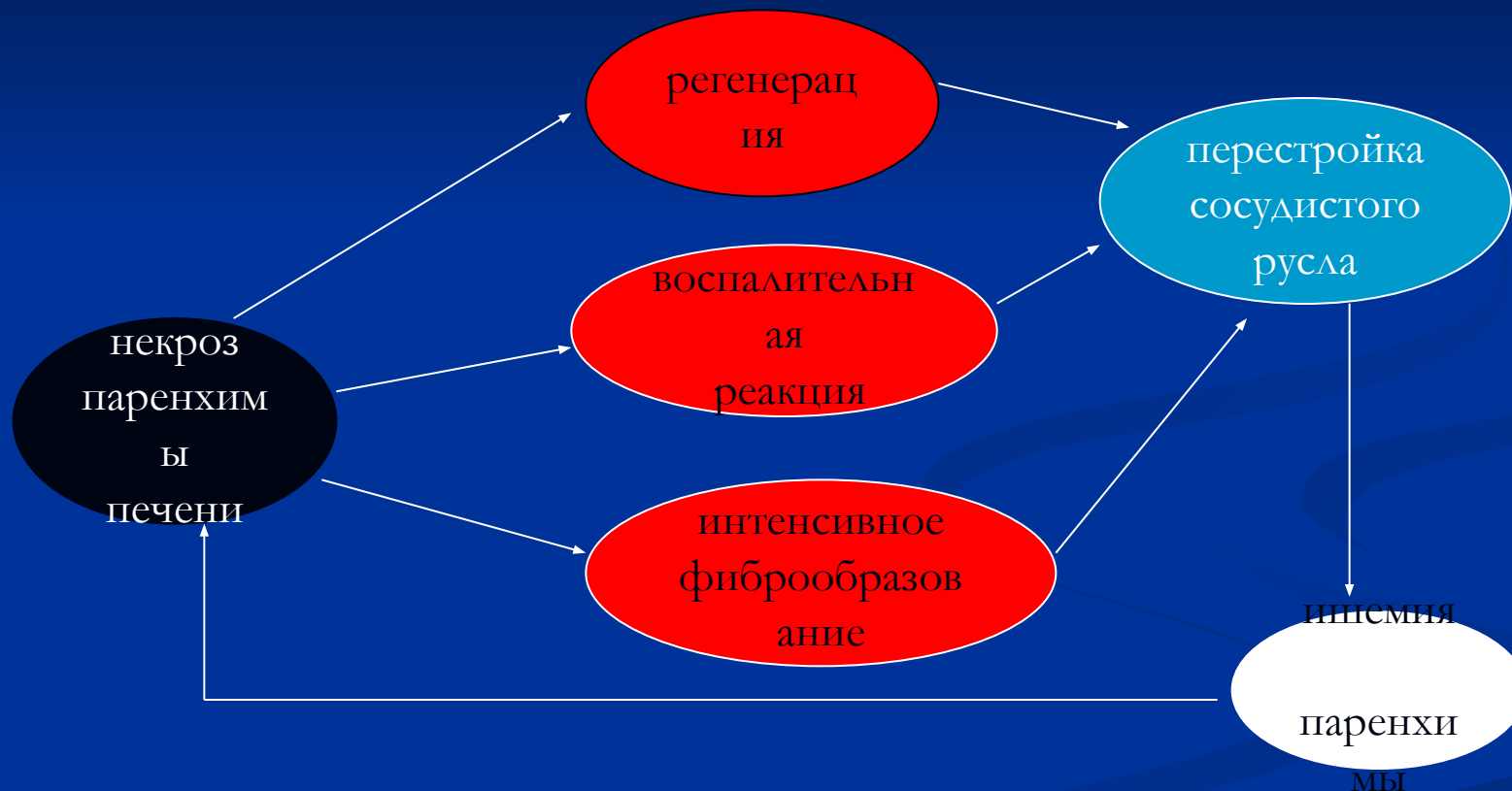
7-9 - класс В

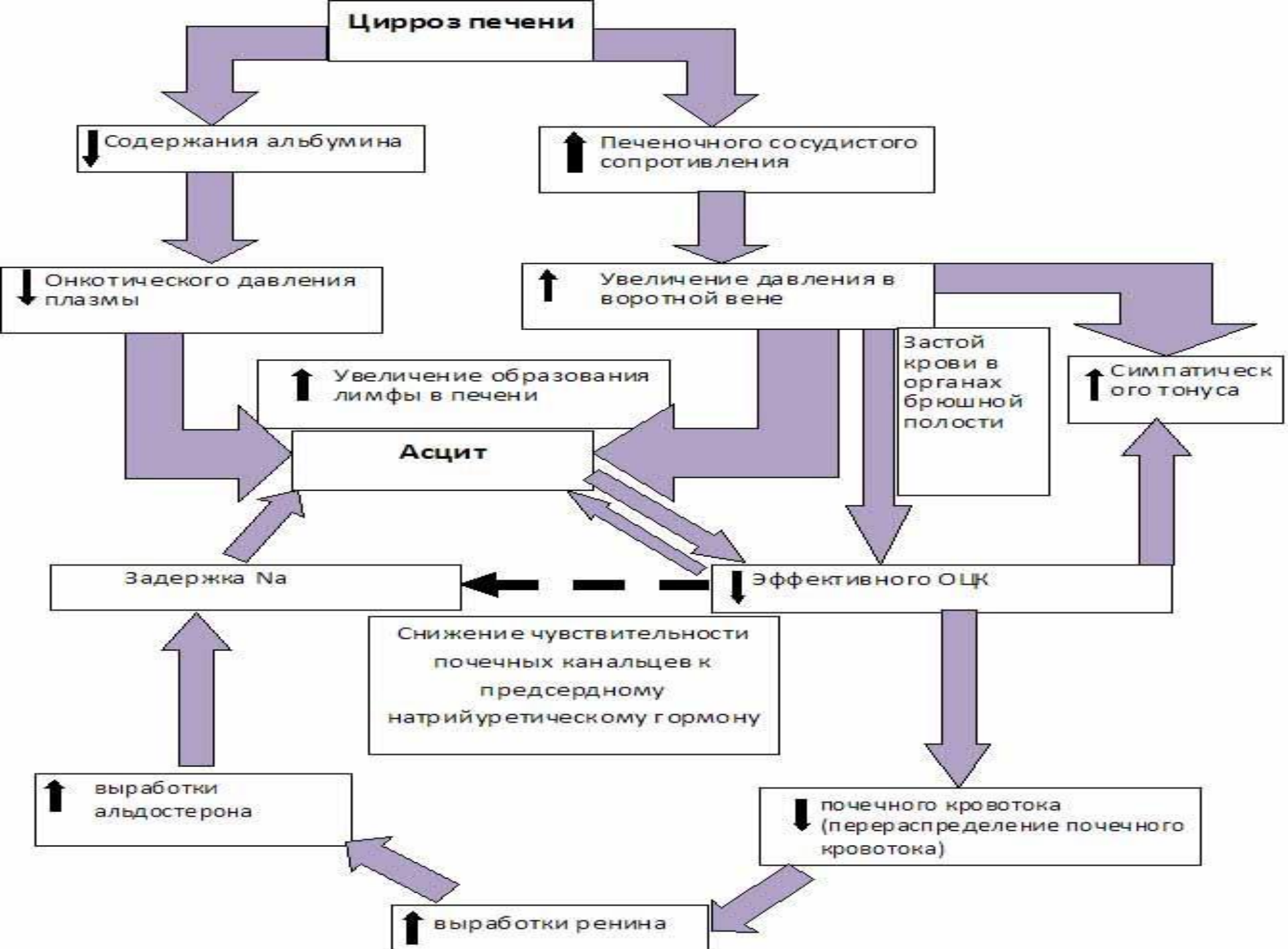
10-15 - класс С

Патогенез:

определяется этиологическими особенностями, а также механизмом самопрогрессирования цирроза, общим для всех форм этого заболевания.

Механизм самопрогрессирования цирроза печени





Клиника:

жалобы:

- боли в правом подреберье и подложечной области, усиливающиеся после еды, физической нагрузки
- тошнота,
- чувство горечи и сухости во рту;
- зуд кожи;
- утомляемость, раздражительность;
- частый жидкий стул
- метеоризм;

Осмотр:

- похудание, в тяжелых случаях даже истощение;
- выраженная атрофия мускулатуры и значительное снижение мышечного тонуса и силы;
- отставание в росте, физическом и половом развитии (если цирроз печени развивается в детстве);

- сухая, шелушащаяся желтушно-бледная кожа.

Интенсивная желтуха наблюдается в заключительной стадии цирроза, при билиарном циррозе. Желтуха сначала появляется на склерах, нижней поверхности языка, небе, затем на лице, ладонях, подошвах и, наконец, окрашивается вся кожа.

- Ксантелазмы
- пальцы в виде барабанных палочек с гиперемией кожи у ногтевых лунок;
- припухлость суставов и прилегающих к ним костей («билиарный ревматизм»);
- расширение вен брюшной стенки вследствие затруднения кровотока в печени.

Малые признаки цирроза:

- на коже верхней половины туловища «сосудистые звездочки», они никогда не располагаются **ниже пупка**;
- ангиомы у края носа, в углу глаз (могут кровоточить);
- эритема ладоней — ярко-красная брусничная окраска теплых ладоней разлитая или в области thenar или hypothenar, в области подушечек пальцев («печеночные ладони», «руки любителей пива»)

- лакированный, отечный язык
бруснично- красного цвета;
- карминово-красная окраска слизистой
оболочки полости рта и губ;
- гинекомастия у мужчин;
- атрофия половых органов.
- асцит.



ССС:

Дистрофия миокарда проявляется:

- сердцебиение, глухость тонов,
- расширение границы сердца влево,
- одышка,

на ЭКГ: снижением интервала ST, T –
снижение, двуфазность, инверсия.

- гиперкинетический тип гемодинамики:
повышение минутного объема крови,
пульсового давления, быстрый, полный пульс.

Гепаторенальный синдром:

- уменьшается клубочковая фильтрация.

при выраженной печеночной недостаточности:

АГ, олигурия, азотемия, клинические признаки ОПН.

Развитие азотемии при циррозе печени рассматривается как признак тяжелого поражения печени и близкого летального исхода.

У многих больных циррозом печени имеет место увеличение селезенки и гиперспленизм, который проявляется синдромом панцитопении (анемия, лейкопения, тромбоцитопения).

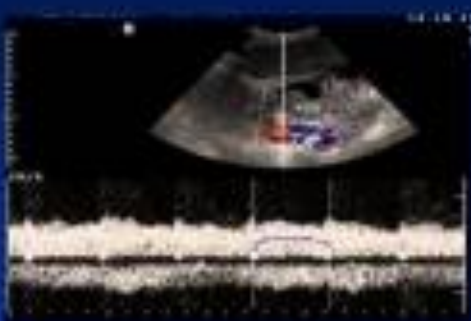
ЖКТ:

- рефлюкс-эзофагит
- хронический гастрит
- у 10-18% больных выявляются язвы желудка и 12-перстной кишки
- хронический панкреатит

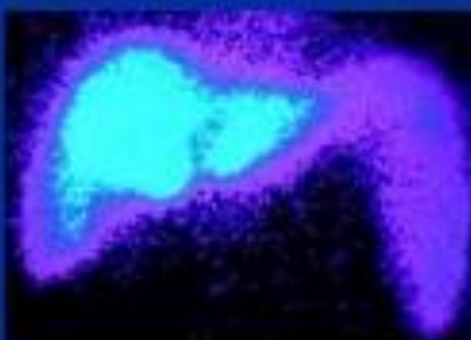
Эндокринная система:

- У 50% больных - нарушение углеводного обмена в виде снижения толерантности к углеводам, что сопровождается повышенным содержанием в крови инсулина.
- Гипогонадизм, гинекомастия, феминизация у мужчин. У женщин нарушение менструального цикла; атрофия грудных желез, снижении полового влечения;
- нарушение функции надпочечников: гиперальдостеронизм.

Диагностический алгоритм



- **Ультразвуковое исследование с доплерографией**

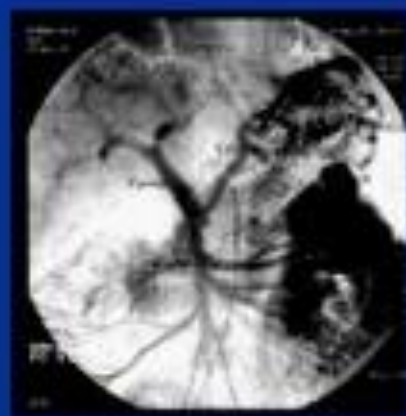


- **Функциональное состояние печени**
(биохимический спектр крови, радиоизотопная сцинтиграфия)

- **Окклюзионная флебогепатография с измерением портокавального градиента**
(стеноз НПВ по УЗИ, асцит)

- **Ангиография (малоинформативное УЗИ)**

- **Эхокардиография**



Лабораторные и инструментальные данные

1. ОАК: анемия - при декомпенсированном циррозе печени, при развитии синдрома гиперспленизма — панцитопения; в периоде обострения цирроза — лейкоцитоз, увеличение СОЭ.
2. ОАМ: в активной фазе болезни, а также при развитии гепато- ренального синдрома — протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия.

3. БАК:

- гипербилирубинемия с увеличением обеих фракций;
- гипоальбуминемия, гипер α_2 - и γ -глобулинемия;
- $\downarrow$ тимоловой, $\uparrow$ сулемовой проб;
- гипопротромбинемия;
- мочевины, холестерина; АЛТ, γ -ГТТП и ферментов печени: фруктозо-1-фосфат-альдозазы, аргиназы, нуклеотидазы, орнитинкарбамоилтрансферазы.

4. ИИ крови:

- снижение количества и активности Т-лимфоцитов- супрессоров,
- повышение иммуноглобулинов, гиперчувствительности Т-лимфоцитов к печеночному специфическому липопротеину.

5. УЗИ печени: на ранних стадиях:

- гепатомегалия, паренхима печени гомогенна, иногда гиперэхогенна.

По мере прогрессирования заболевания при:
микронодулярном циррозе печени:

- однородное повышение эхогенности паренхимы.

макронодулярном циррозе:

- паренхима неоднородна, выявляются узлы регенерации повышенной плотности, обычно менее 2 см в диаметре.

В терминальной стадии цирроза:

- печень уменьшена в размерах.

6. Лапароскопия.

Макронодулярный цирроз — определяются крупные (более 3 мм в диаметре) узлы неправильной формы; глубокие рубцовые соединительнотканые серовато-белые стяжения между узлами; вновь образованные узлы ярко-красного, а сформировавшиеся ранее — коричневатого цвета.

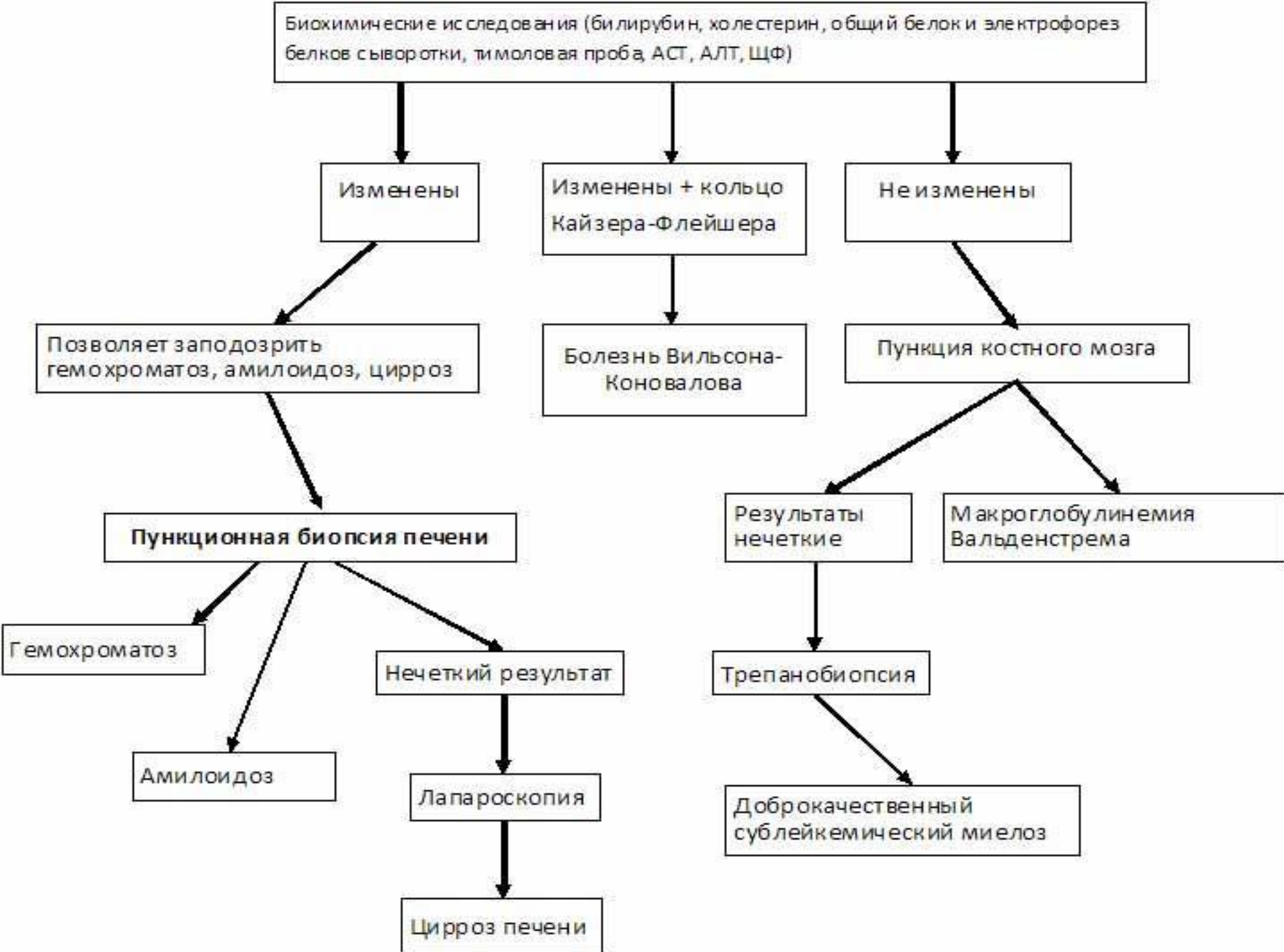
Микронодулярный цирроз - незначительная деформация печени. Печень имеет ярко-красную или серовато-розовую окраску, определяются узелки не более 0.3 см в диаметре.

7 Пункционная биопсия печени.

Для микронодулярного цирроза : тонкие, соединительнотканые септы, рассекающие печеночную дольку на отдельные псевдодольки. Узелки регенерации не превышают 3 мм.

Макронодулярный цирроз: псевдодольки различной величины, нерегулярная сеть соединительной ткани в виде тяжей, которые содержат сближенные портальные триады и центральные вены.

8. При вирусном циррозе печени в сыворотке крови выявляются маркеры вируса гепатита В, С, D
9. ФЭГДС и рентгеноскопия пищевода и желудка выявляют варикозно расширенные вены пищевода и желудка.



Лечение:

- 1 Этиологическое лечение
- 2 Лечебный режим и питание
- 3 Улучшение метаболизма гепатоцитов
- 4 Патогенетическое лечение
- 5 Угнетение синтеза соединительной ткани в печени
- 6 Лечение отечно-асцитического синдрома
- 7 Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода
- 8 Лечение хронической печеночной энцефалопатии
- 9 Лечение синдрома гиперспленизма
- 10 Лечение синдрома холестаза
- 11 Хирургическое лечение

Улучшение метаболизма гепатоцитов

- Витаминотерапия —ундевит, декамевит, эревит по 1 -2 таблетки 3 раза в день, дуовит (комплекс из 11 микроэлементов и 8 витаминов) по 2 таблетки 1 раз в день, олиговит по 1 таблетке в день, фортевит по 1-2 таблетки в день, в течение 1-2 месяцев с повторением курса 2-3 раза в год.
- Липоевая кислота после еды по 1 таблетке 4 раза в день. Курс лечения — 45-60 дней.
- Эссенциале назначают по 1-2 капсулы 3 раза в день перед едой или во время еды в течение 30-40 дней.

Патогенетическое лечение

При аутоиммунном циррозе печени:
начальная суточная доза преднизолона
15 - 20 мг, при выраженной активности —
20-25 мг. Доза преднизолона снижается
медленно, не более чем на 2.5 мг каждые
10-14 дней. Длительность курса лечения
составляет от 3 месяцев до нескольких лет.

Лечение отечно-асцитического синдрома

- Диета при асците: Количество белка в суточном рационе составляет 70-80 г, 40-50 г белков животного происхождения, углеводов — 300-400 г, жиров — 80-90 г. Энергетическая ценность рациона — 1600-2000 ккал. Содержание соли в рационе — 0.5-2 г в сутки. Диурез должен поддерживаться на уровне не менее 0.5-1 л в сутки.

- Мочегонная терапия: верошпирон в суточной дозе 75-150 мг, при неэффективности через 1 неделю повысить суточную дозу до 200 мг, комбинируют с фуросемидом (лазиксом) утром 40-80 мг 2-3 раза в неделю.
- СЖП 125-150 мл, на курс 4-5 вливаний
- 20% раствор альбумина вводят в дозе 100 мл, на курс 5-6 вливаний.