

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

«ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ»



ПОДГОТОВИЛА: ИСКАКОВА М.
723 ГР. – ТЕРАПЕВТ

АСТАНА 2012 Г.

Цирроз печени (ЦП) - диффузный

воспалительный процесс в печени, характеризующийся нарушением ее архитектоники в результате фиброза и образования узлов регенерации, который прогрессирует, несмотря на прекращение действия этиологических факторов. Наиболее частыми причинами развития ЦП у взрослых являются вирусы гепатита В, D, С и алкоголь. У части больных ЦП развивается в исходе аутоиммунного гепатита и неалкогольного стеатогепатита.

Эпидемиология

- В экономически развитых странах цирроз входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, составляя 14—30 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодно в мире умирают 40 млн человек от вирусного цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы В экономически развитых странах цирроз входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, составляя 14—30 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодно в мире умирают 40 млн человек от вирусного цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, развивающейся на фоне носительства вируса гепатита В В экономически развитых странах цирроз входит в

При циррозе всегда
нарушается дольковая
структура.



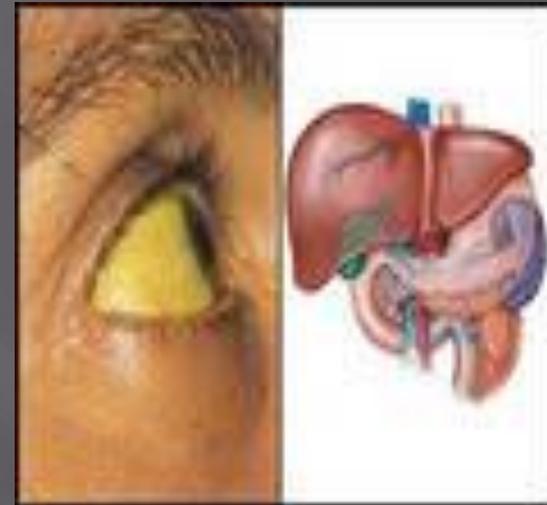
Здоровая
печень



Печень
пораженная
циррозом

ЭТИОЛОГИЯ.

1. Вирусы гепатита В, С, D (HBV, HCV, HDV)
2. Алкоголь (прием этанола более 80 г в сутки, 5 раз и более в неделю в течение более 5 лет)
3. Тезауризмозы - болезни накопления (гемохроматоз, болезнь Вильсона-Коновалова, недостаточность α_1 -антитрипсина, гликогеноз IV типа, галактоземия, тирозиноз)
4. Неалкогольные стеатогепатиты
5. Иммунные нарушения (исход аутоиммунного гепатита)
6. Холестаз внутри- и внепеченочный (длительно существующий)
7. Нарушение венозного оттока от печени (синдром Бадда-Киари, венооклюзионная болезнь, констриктивный перикардит)
8. Неуточненная этиология (криптогенный цирроз)



Патогенетические механизмы прогрессирования ЦП

- 1. Действие этиологических факторов. Некрозы гепатоцитов могут быть обусловлены цитопатогенным действием вирусов, иммунными механизмами, а также влиянием гепатотоксичных цитокинов, хемокинов, прооксидантов, эйкозоноидов, ацетальдегида, железа, продуктов перекисидации липидов и др.**
- 2. Активизация функции клеток Ито, их пролиферация и хемотаксис приводят к избыточной продукции компонентов соединительной ткани в пространствах Диссе и перицеллюлярно (фиброз), к формированию фиброза печени и ЦП**
- 3. Нарушение кровоснабжения паренхимы печени (узлов регенерации) за счет капилляризации синусоидов и уменьшения сосудистого русла с развитием ишемических некрозов гепатоцитов**
- 4. Включение иммунных и аутоиммунных механизмов цитолиза гепатоцитов**

Классификация циррозов:

Морфологическая классификация

Предложена Всемирной ассоциацией гепатологов

(Акапулько, 1974) Предложена Всемирной ассоциацией гепатологов
(Акапулько, 1974) и ВОЗ (1978).

- ▣ мелкоузловой, или мелконодулярный цирроз (диаметр узлов от 1 до 3 мм)
- ▣ крупноузловой, или макронодулярный цирроз (диаметр узлов более 3 мм)
- ▣ неполная септальная форма
- ▣ смешанная (при которой наблюдаются различные размеры узлов)
форма

Этиологическая классификация

- ▣ вирусный
- ▣ алкогольный
- ▣ лекарственный
- ▣ вторичный билиарный
- ▣ врождённый, при следующих заболеваниях:
 - гепатолентикулярная дегенерация
 - гемохроматоз
 - дефицит α_1 -антитрипсина
 - тирозиноз
 - галактоземия
 - гликогенозы
- ▣ застойный (недостаточность кровообращения)
- ▣ болезнь и синдром Бадда-Киари
- ▣ обменно-алиментарный, при следующих состояниях:
 - наложение обходного тонкокишечного анастомоза
 - ожирение
 - тяжёлые формы сахарного диабета
- ▣ цирроз печени неясной этиологии
 - криптогенный
 - первичный билиарный
 - индийский детский

Классификация по Чайлду-Пью

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

Сумма баллов 5—6 соответствует классу А, при сумме 7—9 — класс В, а при общей сумме в 10—15 баллов выставляется класс С.

Клиника.

Большинство внепечёночных симптомов обусловлено повышением давления в синусоидах, что ведёт к возрастанию давления в системы воротной вены. Портальная гипертензия. Также характерным симптомом является «голова медузы» — перенаполнение вен передней брюшной стенки.

Для цирроза характерны общие симптомы: слабость Для цирроза характерны общие симптомы: слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе, диспепсические расстройства Для цирроза характерны общие симптомы: слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе, диспепсические расстройства, повышение температуры тела Для цирроза характерны общие симптомы: слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе, диспепсические расстройства, повышение температуры тела, боли в суставах Для цирроза характерны общие симптомы: слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе, диспепсические расстройства, повышение температуры тела, боли в суставах, также отмечается метеоризм Для цирроза характерны общие

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами печёночно-клеточной недостаточности

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами печёночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами печёночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Имеют место вздутие живота

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами печёночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Имеют место вздутие живота, плохая переносимость жирной пищи и алкоголя, тошнота

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами печёночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Имеют место вздутие живота, плохая переносимость жирной пищи и алкоголя, тошнота, рвота

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами печёночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Имеют место вздутие живота, плохая переносимость жирной пищи и алкоголя, тошнота, рвота, диарея

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами печёночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Имеют место вздутие живота, плохая переносимость жирной пищи и алкоголя, тошнота, рвота, диарея, чувство тяжести или боль в животе

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами печёночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Имеют место вздутие живота, плохая переносимость жирной

Асцит



Часто при циррозе развиваются осложнения:

- печёночная кома
- кровотечение из варикозно-расширенных вен
- тромбоз тромбоз в системе воротной вены
- гепаторенальный синдром
- формирование рака печени формирование рака печени — гепатоцеллюлярно й карциномы
- инфекционные осложнения — пневмонии инфекционные осложнения — пневмонии,



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 – 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.
5. Ангиорграфия





Цирроз печени с диспропорциональной гипертрофией сегментов. [Компьютерная томография](#) Цирроз печени с диспропорциональной гипертрофией сегментов. Компьютерная томография [брюшной полости](#).

Цирроз печени с уменьшением объёма органа. Компьютерная томография брюшной полости.

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.



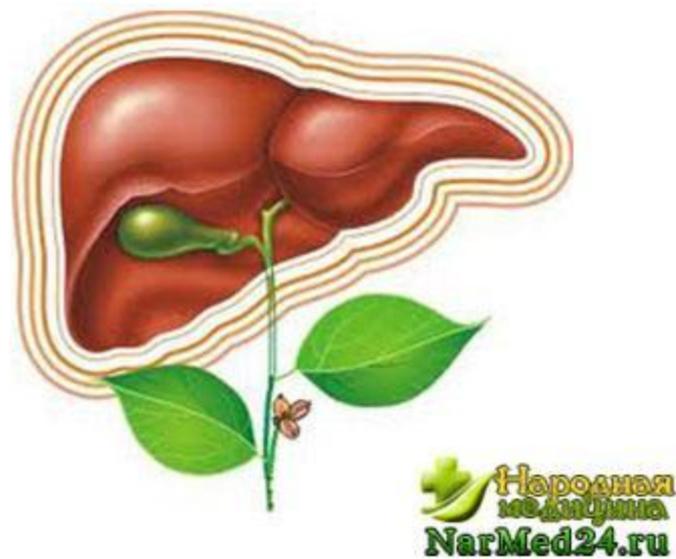
Система критериев SAPS

- В последние годы для определения прогноза у пациентов в момент развития желудочно-кишечного кровотечения, комы, сепсиса и других осложнений, используется система критериев SAPS (Simplified Acute Physiology Score), включающая основные физиологические параметры. В стратификации имеют значение: возраст
- В последние годы для определения прогноза у пациентов в момент развития желудочно-кишечного кровотечения, комы, сепсиса и других осложнений, используется система критериев SAPS (Simplified Acute Physiology Score), включающая основные физиологические параметры. В стратификации имеют значение: возраст, ЧССВ

Формулировка диагноза

Диагноз выставляется по следующей схеме:

- ▣ 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...



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. Лечебное питание – диета № 5.

Диета при ЦП должна быть полноценной, содержащей 70—100 г белка. Диета при ЦП должна быть полноценной, содержащей 70—100 г белка (1—1,5 г на 1 кг массы тела), 80—90 г жиров. 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 г углеводов. Необходимо учитывать привычки больного, переносимость продуктов и сопутствующие заболевания органов пищеварения. Необходимо учитывать привычки больного, переносимость продуктов и сопутствующие заболевания органов пищеварения. Исключаются химические добавки, консерванты и токсические



Урсодезоксихолевая кислота

Для восполнения дефицита жёлчных кислот Для восполнения дефицита жёлчных кислот в кишечнике, вызванного билиарной недостаточностью, целесообразно применять урсодезоксихолевую кислоту Для восполнения дефицита жёлчных кислот в кишечнике, вызванного билиарной недостаточностью, целесообразно применять урсодезоксихолевую кислоту (УДХК), выпускающуюся под торговыми названиями Урсофальк, Урсосан. Дозировка 10-15 мг на 1 кг веса пациента 1 раз в день на ночь способствует восстановлению процессов пищеварения. Действие УДХК включает следующие моменты:

- увеличение поступления жёлчи увеличение поступления жёлчи и панкреатического сока в кишку за счёт стимуляции их продукции
- разрешение внутрипечёночного холестаза
- усиление сокращения жёлчного пузыря
- омыление омыление жиров омыление жиров и повышения активности липазы
- повышение моторики кишечника повышение

3. Противовирусное лечение: проводится при гепатите в фазу размножения вируса и предупреждает развитие цирроза и рака печени. Интерфероны в течении 6 месяцев (Интерферон А, Велферон, Роферон).
4. Патогенетическое лечение: кортикостероиды, цитостатики.
5. Иммуномоделирующая терапия оказывает стимулирующее и нормализующее действие на иммунную систему: Тималин, Д-пенициллин, Тимоген, Т-активин.

6. Метаболическая и коферментная терапия направлена на улучшение процессов обмена в печеночных клетках. Поливитаминные комплексы: Декамевит, Ундевит, Дуовит, витамин Е, Рибоксин, Эссенциале.

7. Дезинтоксикационная терапия: Гемодез внутривенно-капельно, 5% глюкоза. Энтеросорбенты – Лактофильтрум, Фильтрум, Энтеросгель. В базисную терапию включается также комплекс дезинтоксикационных мероприятий: внутривенно капельно 5% раствор глюкозы 400-500 мл + 5% раствор аскорбиновой кислоты 2-4 мл и/или раствор альбумина 10-20% в индивидуально подобранной дозе - по показаниям.

8. Гепатопротекторы:

- ▣ Адеметионин (Гептрал)
- ▣ Орнитин (Гепта-Мерц)
- ▣ Фосфолипиды (Фосфоглив, Эссенциале, Эсливер)
- ▣ Измельчённые плоды расторопши пятнистой

9. Лечение кровотечений из расширенных вен.

▣ Клеточная терапия

Традиционное лечение в основном заключается в применении фармацевтических средств для защиты печёночных клеток от повреждения, стимуляции выделения жёлчи, коррекции нарушений обмена веществ. Без сомнения это улучшает состояние больного, но не в силах остановить развитие заболевания. Если вышеуказанные методы лечения не помогают, проводят трансплантацию (пересадку) печени. Однако после внедрения в клиническую практику лечения стволовыми клетками шансы победить болезнь значительно увеличились

10. Лечение отёчно-асцитического синдрома при циррозе, в начале – Верошпирон, Альдиктон, а затем в сочетании их с Урегитом, Гипотиазидом, Фуросемидом.

Профилактика

Первичная: профилактика вирусного гепатита, эффективное лечение острого вирусного гепатита, рациональное питание, контроль за приёмом лекарственных препаратов, борьба с алкоголизмом, наркоманией.



- ▣ Вторичная: профилактика обострений заболевания. Ограничение физических нагрузок, правильное трудоустройство. Лечебное питание, лечение сопутствующих заболеваний ЖКТ.

Литература:

- Гарбузенко Д. В. Мультиорганные гемодинамические нарушения при циррозе печени // [Терапевтический архив](#) — 2007. — Т.79, № 2. — С.73-77
- Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и жёлчных путей. — М. : ГЭОТАР Медицина, 1999. — 864 с.
- Е. М. Климова, И. А. Вотякова, Г. С. Лобынцева, Н. Ф. Ефимова, И. А. Кривцова. Обоснование применения криоконсервированных препаратов эмбрионального происхождения у больных с циррозом печени. Гематология и переливание крови. Т.30.. Тезисы 4-го з'їзда гематологів та трансфузіологів України., 2001, Киев. С.160.

Ссылки

- *Б. Н. Левитан, А. В. Дедов / [50-летний опыт клинического изучения цирроза печени](#) Кафедра факультетской терапии Астраханской государственной медицинской академии*
- [Популярная статья о циррозе печени](#)