

Цирроз печени

к.м.н. Филатова А.Л.



Историческая справка

Древняя Индия		описание заболеваний, соответствующих ЦП
Бэйли М.	1793г.	связь тяжелой болезни печени с употреблением алкоголя
Лаэннек	1819г.	«рыжая печень»
Брайт	нач. XIXв.	связь ЦП и чрезмерного употребления алкоголя
Мэллори	1911г.	вирусная этиология ЦП
Скворцов М.А., Лохов Д.Д.	1945-1946гг.	-//-
Тареев Е.М., Блюмберг	1960-1970гг.	ВГ → ЦП → ГЦК
Беккет	1961г.	описал ОАГ → ЦП

Частота ЦП

(на основании данных вскрытия)

в мире 1-11% (ср. 2-3%)

в Европе 1%

↑ 40 лет

м:ж=2:1

Цирроз- анатомическое понятие,
под которым имеют ввиду
диффузный процесс,
характеризующийся фиброзом и
образованием узлов,
развивающихся вследствие
некроза гепатоцитов.

Морфологический субстрат цирроза печени



- фиброз и узлы-регенераты с нарушением дольковой архитектоники печени
- уменьшение массы функционирующей паренхимы

Морфологическая классификация цирроза печени

Макронодулярный



Микронодулярный



Мультилобулярный

- Аутоиммунный гепатит
- Болезнь Вильсона
- Наследственный гемохроматоз

Монолобулярный

- Первичный билиарный цирроз
- Первичный склерозирующий холангит
- В исходе неалкогольного стеатогепатита
- Лекарственный
- Вследствие нарушения венозного оттока
- Вирусный цирроз
- Алкогольный цирроз

Классификация ЦП (МКБ – 10)

- К 70 Алкогольная болезнь печени
- К 70.2 Алкогольный фиброз и склероз печени
- К 70.3 Алкогольный цирроз печени
- К 70.4 Алкогольная печеночная недостаточность
- К 71 Токсические повреждения печени
- К 71.7 Токсическое повреждение печени с фиброзом и циррозом печени
- К 72 Печеночная недостаточность
- К 72.1 Острая и подострая печеночная недостаточность
- К 72.1 Хроническая печеночная недостаточность
- К 72.9 Печеночная недостаточность неуточненная
- К 74 Фиброз и цирроз печени (исключая: алкогольный фиброз печени, кардиальный склероз печени, алкогольный и врожденный цирроз печени)
- К 74.0 Фиброз печени
- К 74.1 Склероз печени
- К 74.2 Фиброз печени со склерозом
- К 74.3 Первичный билиарный цирроз
- К 74.4 Вторичный билиарный цирроз
- К 74.5 Билиарный цирроз неуточненный
- К 74.6 Другой и неуточненный цирроз печени
- К 76.6 Портальная гипертензия

Классификация ЦП по этиологии

- С установленными этиологическими факторами
- Со спорными этиологическими факторами
- Неясной этиологии

Вследствие нарушения венозного оттока из печени

- синдром Бадда-Киари
- вено-окклюзионная болезнь
- констриктивный перикардит
- кардиальный фиброз/цирроз

Вирусный
(В,С,D)



Лекарственный

Алкогольный



Аутоиммунный

Криптогенный



В исходе
неалкогольного
стеатогепатита



Метаболический



Холестатический

- болезнь Вильсона-Коновалова
- наследственный гемохроматоз
- дефицит α 1-антитрипсина

- первичный билиарный цирроз
- первичный склерозирующий холангит
- вторичный билиарный цирроз

Естественное течение хронического гепатита В

разрешение ремиссия **Компенсированный цирроз**



Хронический
гепатит
5-10%

Цирроз
25-35%
30 - 50 лет

Смерть
70-75%

Частота формирования цирроза при хроническом гепатите В

- Хронический гепатит низкой или умеренной активности (АЛТ/АСТ – 2-5N)
в течении 15-20 лет у 30%
- Хронический гепатит высокой активности (АЛТ/АСТ > 5-10N, мостовидные некрозы)
в течение 5-10 лет у 50%

Течение HCV - инфекции

ОВГ С

ХГ С
50 - 85 %

Цирроз 20 - 30 %

Декомпенсация
6 - 10 %

ГЦК
5 - 10 %

Смерть
5 - 10 %

10 - 30
лет

Частота и длительность формирования цирроза печени у больных АБП

Вид АБП	Частота ЦП, %	Длительность (годы)
Фиброз	32%	2 - 7
ОАГ	100%	2 - 4
ХГ	71%	2 - 8
anti-HCV (+)	50%	1 - 5
HCV РНК (+)	100%	1 - 8

Общие признаки цирроза печени

- Астенический синдром
- Дефицит истинной массы тела, кахексия
- Невысокая гипер- γ -глобулинемия
- Коэффициент ДеРитиса (АСТ/АЛТ) > 1 , АСТ более 2N
- Тромбоцитопения (менее 150×10^9 /мкл)
- Изолированный подъем γ -ГТ
- Гиперкинетический тип кровообращения, артериальная гипотония

Клинические основы диагностики цирроза печени

Неровный край печени и ее выраженная плотность при пальпации

Синдром “малых” печеночных признаков



Синдром портальной гипертензии

Синдром печеночно-клеточной недостаточности

ЦЕЛИ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ

- Подтверждение поражения печени
- Верификация диагноза (суждение об этиологии хронического гепатита)
- Степень активности гепатита (ИГА)
- Стадия гепатита (ИФ)
- Выявление диспластических изменений гепатоцитов, гепатоцеллюлярной карциномы
- Оценка результативности лечения (парные биопсии)

Индексы гистологической активности и фиброза

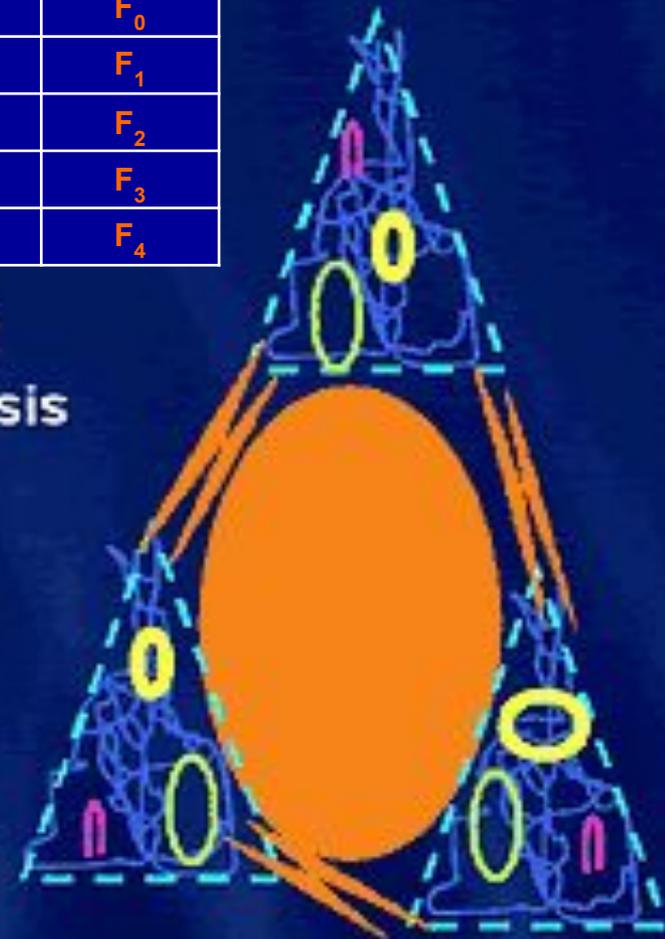
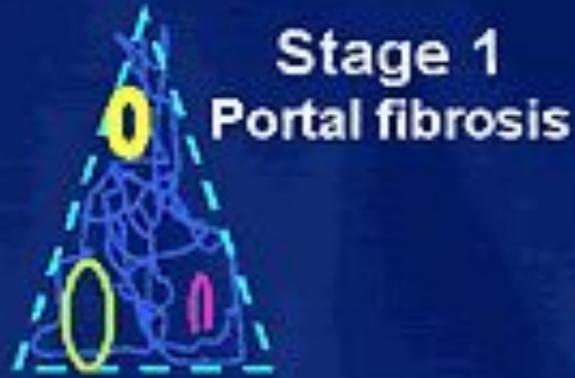
R.G. Knodell и соавт., 1981

P.J. Scheuer, 1991

P. Bedossa, T. Poynard (METAVIR), 1994

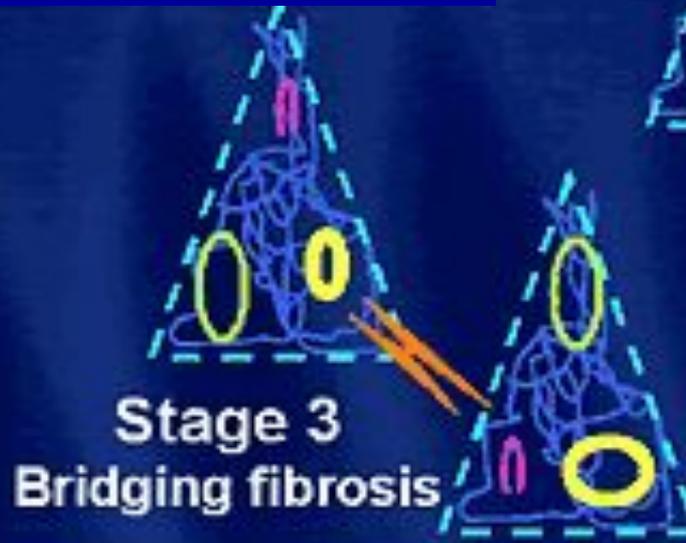
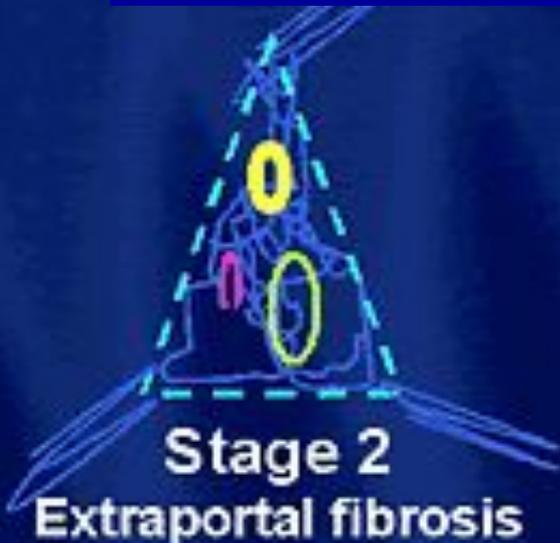
K. Ishak et al., 1995

Описание фиброза	ГИС
Нет фиброза	F ₀
Фиброз только портальных трактов	F ₁
Фиброз портальных трактов + единичные септы	F ₂
Фиброз портальных трактов + множественные септы без цирроза	F ₃
Цирроз	F ₄

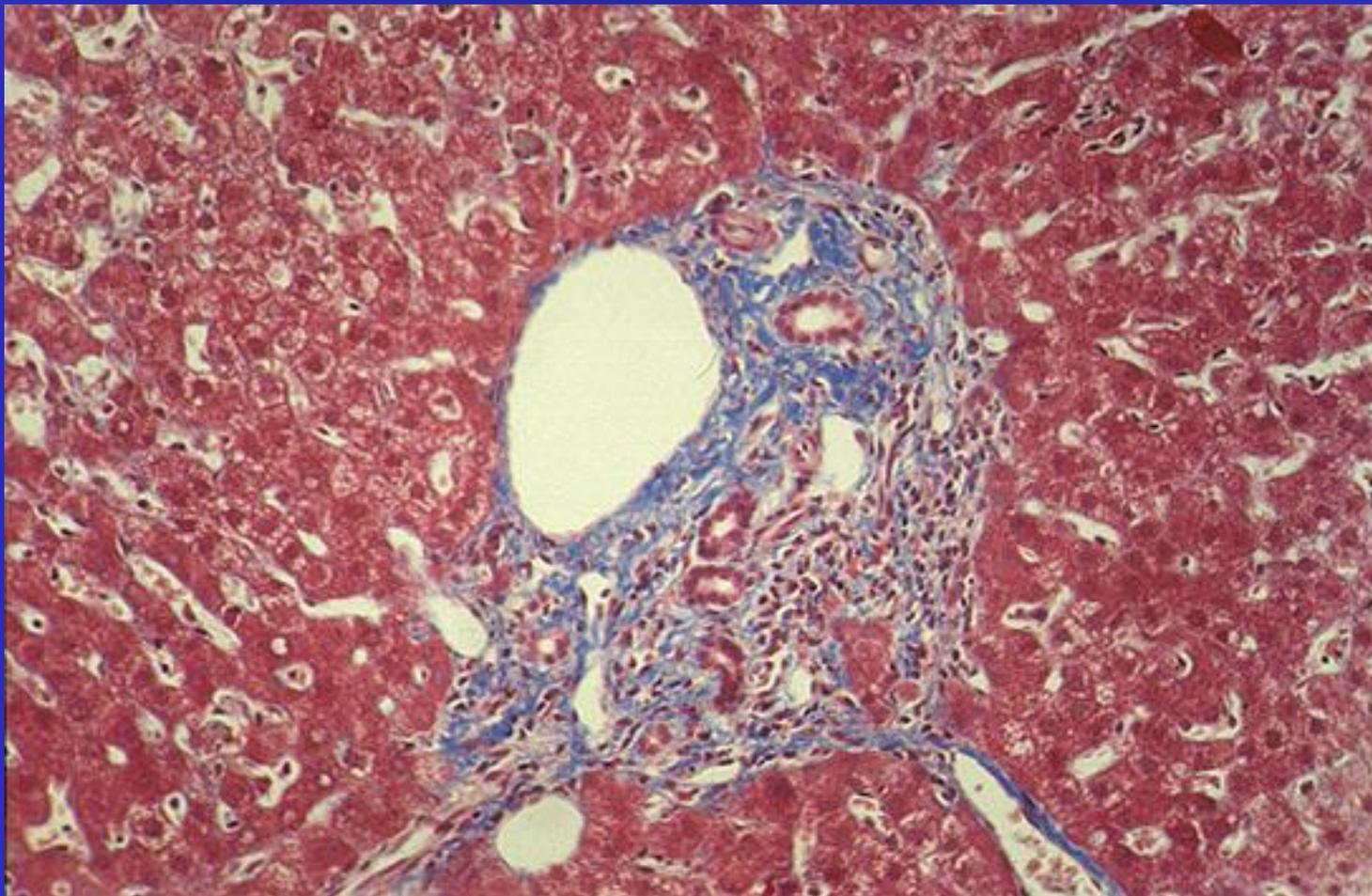


Stage 4
Cirrhosis

Стадия фиброза по METAVIR

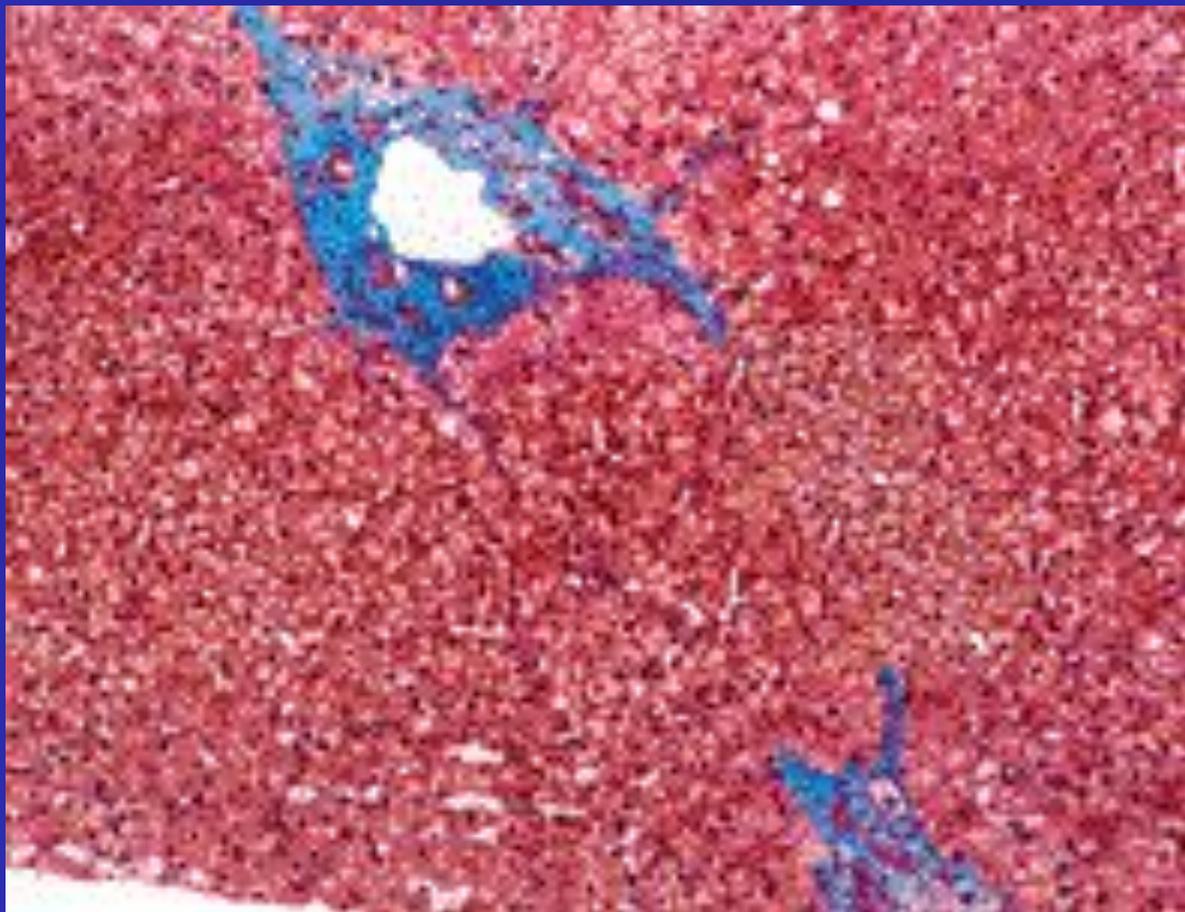


Индекс фиброза



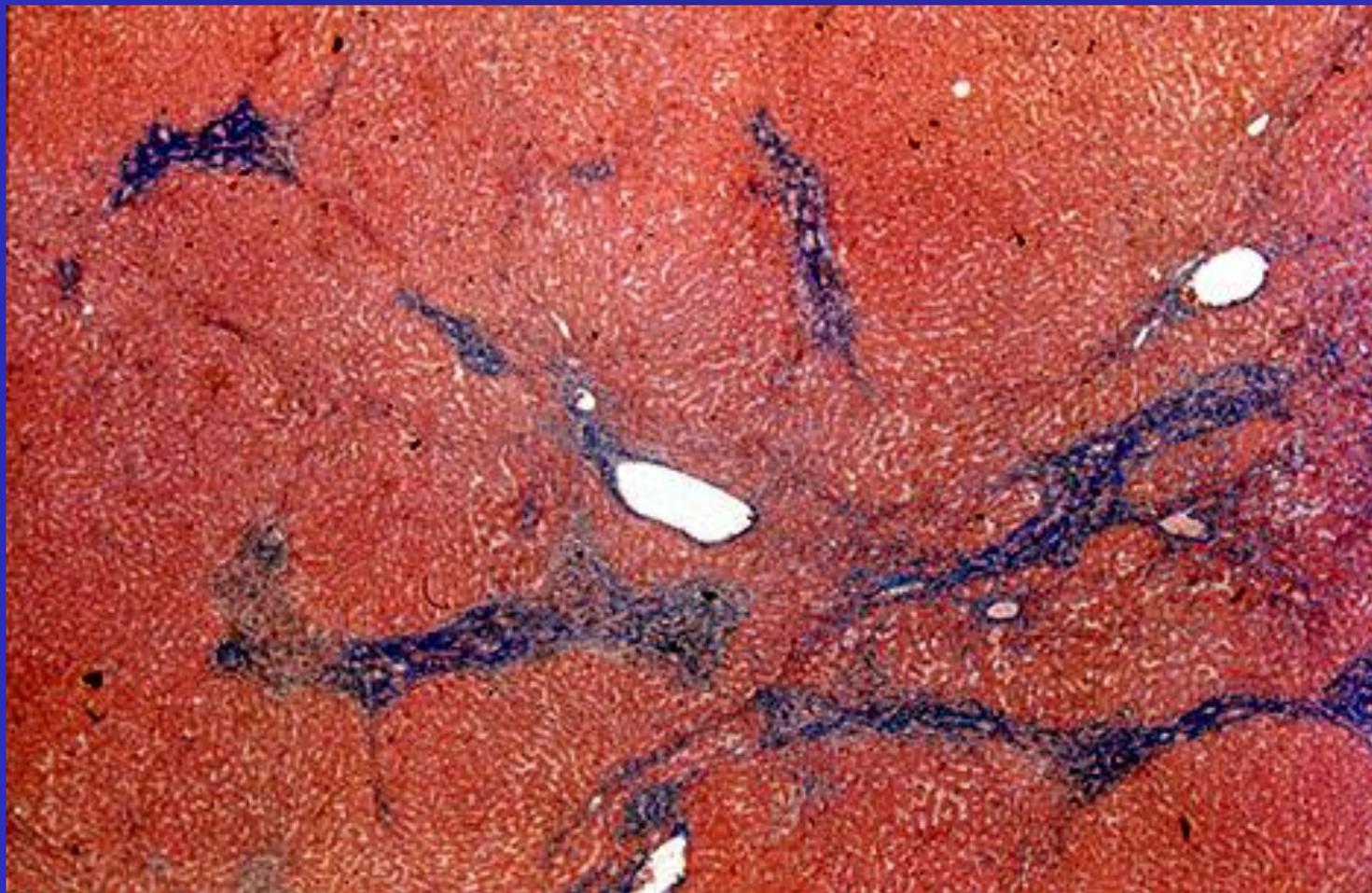
Портальный фиброз (F1 по METAVIR)

Индекс фиброза



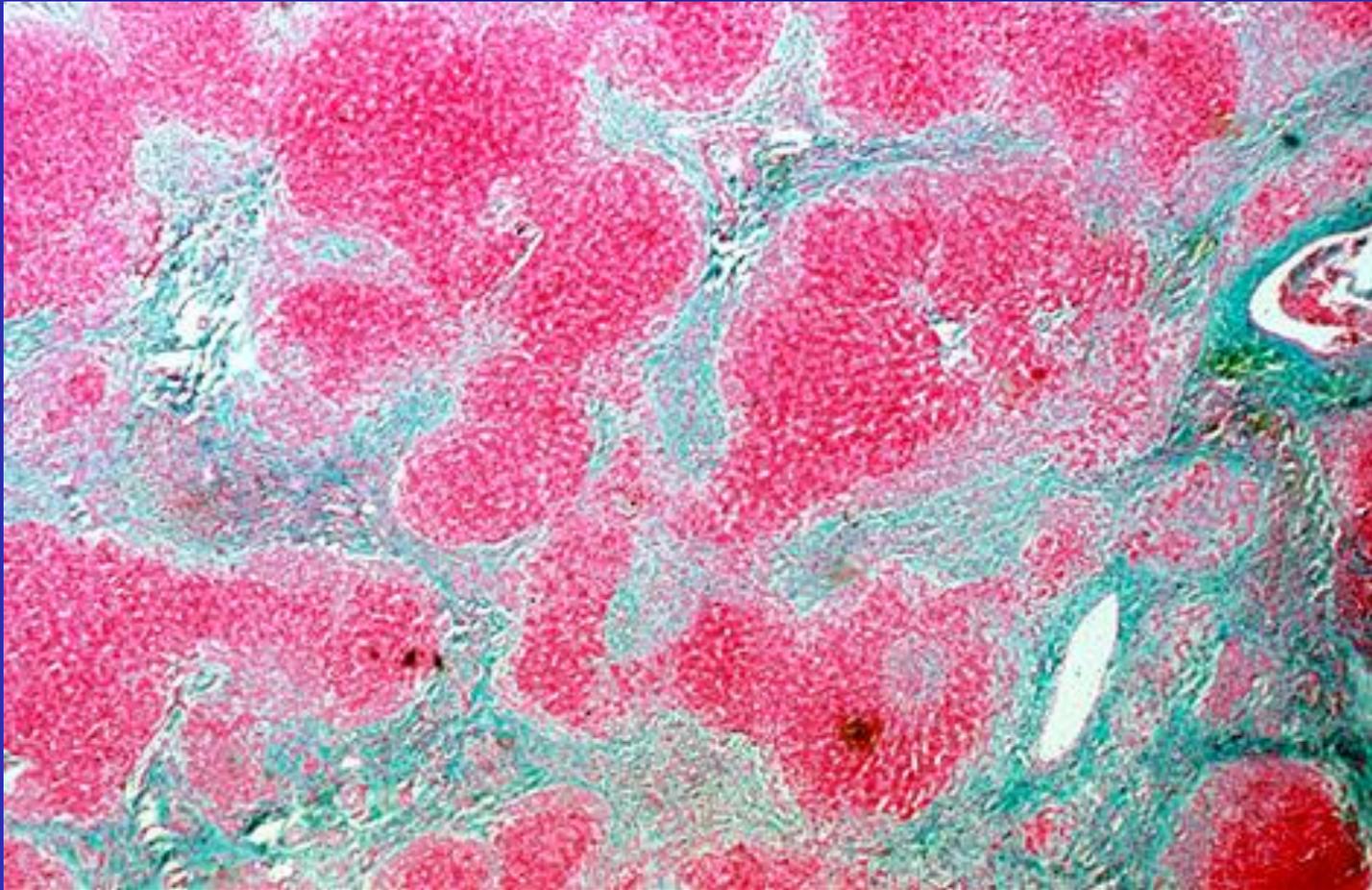
Перипортальный фиброз (F2 по METAVIR)

Индекс фиброза



Септальный фиброз (F3 по METAVIR)

Индекс фиброза

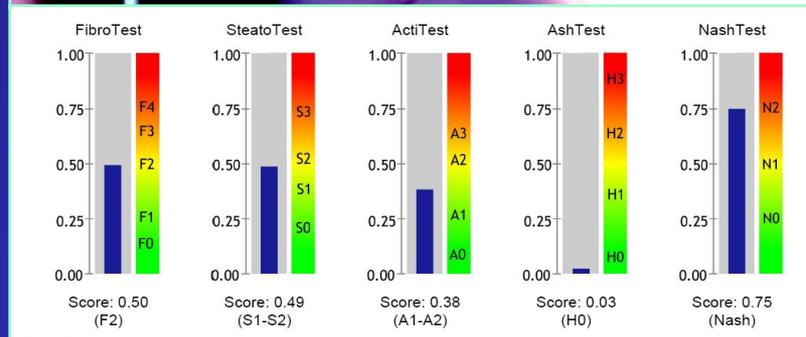


Цирроз печени (F4 по METAVIR)

Неинвазивная диагностика ХДЗП



Эластография
печени

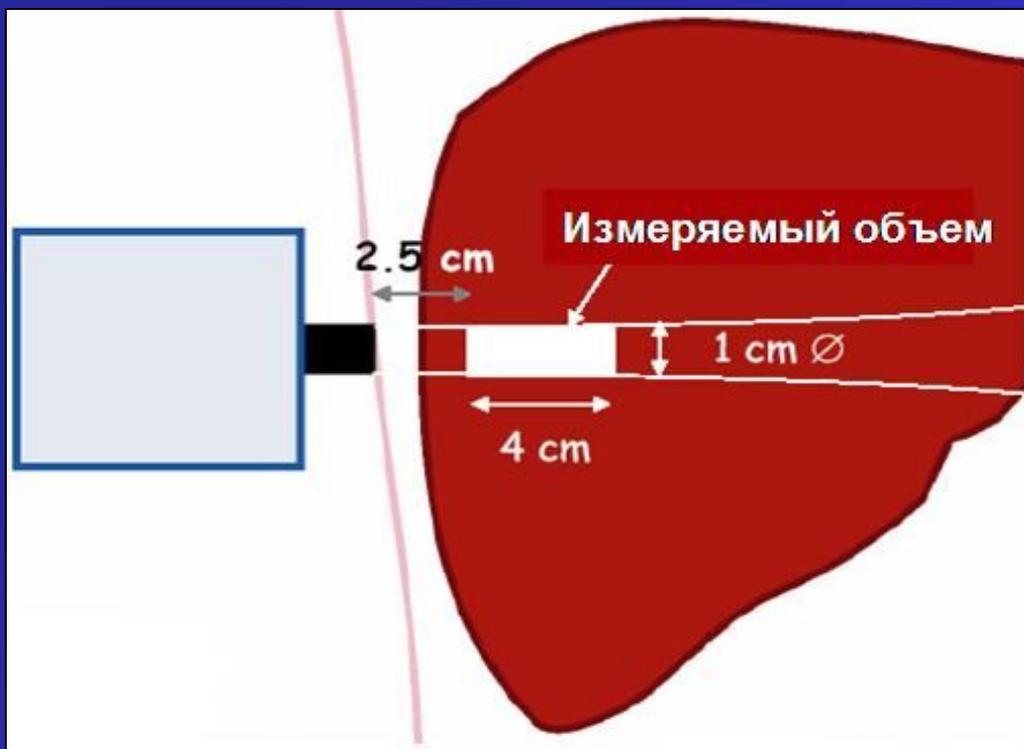


Фибро-Акти-тест
ФиброМакс

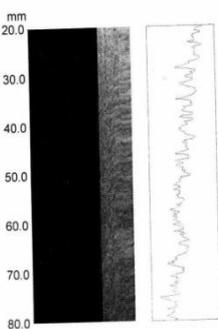
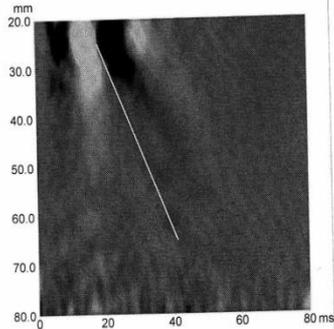
Неинвазивная диагностика ХДЗП

- Простота выполнения
- Достоверность данных
- Ранняя диагностика (F1-F2)
- Информативность на любой стадии фиброза
- Многолетняя динамика фиброза: после эффективной/неэффективной терапии
- Универсальность маркеров фиброза
- Скрининг-метод для больных из групп риска
- Возможность использования в амбулаторных условиях

“ФиброСкан” (ультразвуковая эластография) – неинвазивная диагностика фиброза печени



“ФиброСкан” (ультразвуковая эластография) – неинвазивная диагностика фиброза печени

Lastname			
Firstname			
Code 63866			
Birthdate 05/01/1982			
Operator			
Date 27/09/11 11:28			
Examination time 00:03:36			
Stiffness (KPa) 8.5			
IQR (KPa) 5.1	CS (KPa) 9.1		
Success rate 56%			
		(01) E = 9.1 KPa (02) E = 3.1 KPa (03) E = 5.3 KPa (04) E = 9.3 KPa (05) E = 4.5 KPa (06) E = 10.7 KPa (07) E = 22.3 KPa (08) E = 5.3 KPa (09) E = 7.8 KPa (10) E = 21.3 KPa	
		Test #1 Valid 10 Invalid 8	

Fibroscan® is a medical device to be used as a diagnostic aid. Measurements should be performed by a certified operator. Results should be interpreted by a liver specialist doctor according to the clinical context and taking into account the number of valid measurements, their dispersion (IQR) and the success rate.

Printed on the 27/09/11 at 11:32:51

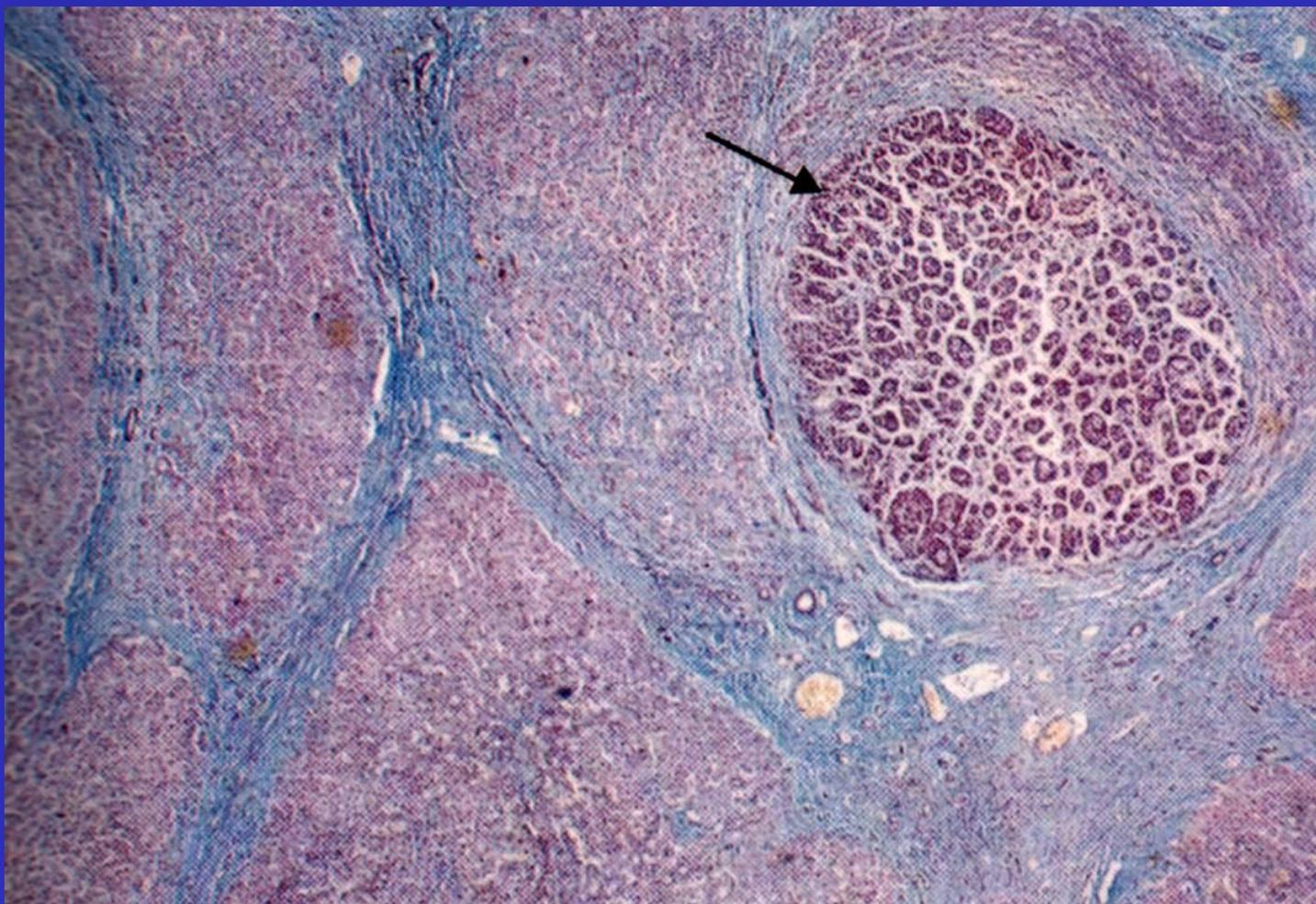
Соответствие данных непрямой эластографии гистологическим данным по METAVIR

F0 1,5-5,8 кПа
F1 5,9-7,2 кПа
F2 7,3-9,5 кПа
F3 9,6-12,5 кПа
F4 более 12,5 кПа

Полученный результат соответствует стадии фиброза F_2 по METAVIR

Врач 

ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА



Синдром “малых” печеночных признаков (синдром малой печеночно-клеточной недостаточности)

- телеангиэктазии (сосудистые “звездочки”)
- пальмарная и/или плантарная эритема
- гинекомастия, атрофия яичек, феминизация облика, импотенция, выпадение волос у мужчин
- нарушение менструального цикла у женщин
- гипертрофия околоушных слюнных желез (симптом “хомячка”)
- расширенная капиллярная сеть на лице (симптом “долларовой” купюры)
- контрактура Дюпюитрена
- ринофима
- симптом “барабанных палочек” и “часовых стекол”

Синдром печечно-клеточной недостаточности

Клинические признаки	Лабораторные признаки
Печеночная энцефалопатия	Гипераммониемия
Отечно-асцитический синдром	Гипопротеинемия за счет гипоальбуминемии
Геморрагический синдром	Снижение протромбинового индекса, увеличение протромбинового времени, увеличение частичного тромбопластинового времени
Прогрессирующая желтуха	Гипербилирубинемия
	Снижение уровня холинэстеразы
	Гипохолестеринемия
	Гипогликемия

Факторы, способствующие развитию печеночной энцефалопатии

Нарушения электролитного баланса

Диуретики

Рвота

Диарея

Кровотечение

Варикозно-расширенные вены пищевода и желудка

Гастродуоденальные язвы

Разрывы при синдроме Меллори-Вейса

Препараты

Психотропные средства

Алкоголь

Инфекции

Спонтанный бактериальный перитонит

Инфекции мочевыводящих путей

Бронхо-легочная инфекция

Запоры

Богатая белками пища

Тяжесть печеночно-клеточной недостаточности при циррозе печени по системе Child-Pugh

Признаки	Стадия		
	A	B	C
Билирубин, мг%	<2	2-3	>3
Альбумин, г%	>3,5	2,8-3,5	>2,8
Протромбиновое время, сек	1-4	4-6	>6
Стадия печеночной энцефалопатии	Латентная или отсутствует	1-2	3-4
Асцит	-	небольшой	напряженный

Синдром портальной гипертензии

- Спленомегалия
- Изолированный асцит (редко в сочетании с цирротическим гидротораксом)
- Расширение венозных коллатералей:
 - ✓ расширение параумбиликальных вен (“голова медузы”)
 - ✓ варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка
 - ✓ варикозное расширение верхних прямокишечных вен
- Портальная гастро-, энтеро- и колопатия
- Расширение воротной и селезеночной вен и реканализация пупочной вены по данным УЗИ

Осложнения синдрома портальной гипертензии

- “Гиперспленизм”
- Спонтанный бактериальный перитонит
- Формирование грыж (пупочной, белой линии живота и др.)
- Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка
- Геморроидальные кровотечения
- Окультные желудочно-кишечные кровотечения вследствие портальной гастро-, энтеро- и колопатии
- Порто-системная энцефалопатия
- Гепато-ренальный синдром
- Печеночно-легочный синдром

Диагностика синдрома портальной гипертензии

Физическое обследование	Асцит, спленомегалия, “голова медузы”
УЗИ	Спленомегалия, асцит, расширение вен портальной системы, реканализация пупочной вены
ЭГДС	Варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка, портальная гастро- и энтеропатия
Ректоромано- и колоноскопия	Варикозное расширение верхне-прямокишечных вен, портальная колонопатия
Общий анализ крови	Панцитопения
Лапароцентез	Асцит, спонтанный бактериальный перитонит
Рентгенография органов грудной клетки	Цирротический гидроторакс

Гепато-ренальный синдром –

функциональная почечная недостаточность у больных с портальной гипертензией и печеночно-клеточной недостаточностью

- Азотемия
- Олиго- или анурия
- Сохранная функция канальцевого аппарата:
 - ✓ низкая концентрация натрия в моче
 - ✓ повышение осмолярности мочи
 - ✓ коэффициент соотношения осмолярности мочи к осмолярности плазмы >1
 - ✓ повышение уровня креатинина мочи
 - ✓ коэффициент соотношения креатинина мочи к креатинину сыворотки крови >30

Печеночно-легочный синдром –

гипоксемия у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии вследствие раскрытия артерио-венозных шунтов в легких

- Ортодеоксия
- Платипноэ
- Визуализация внутрилегочных шунтов:
 - ✓ контрастная эхокардиография
 - ✓ радиоизотопное сканирование легких с микроагрегированным альбумином, меченным технецием
 - ✓ ангиография

Лечение циррозов печени

- **Этиотропное:**
 - противовирусная терапия
 - абстиненция
 - отмена лекарства
- **Патогенетическое:**
 - удаление избытка железа и меди
 - иммуносупрессивная терапия
 - лечение холестаза
- **Симптоматическое:**
 - **лечение печеночной энцефалопатии**
 - **лечение синдрома портальной гипертензии**

Лечение печеночной энцефалопатии (I)

- **Устранение провоцирующих факторов**
 - ✓ **Остановка желудочно-кишечного кровотечения, удаление крови из желудочно-кишечного тракта**
 - ✓ **Подавление роста протеолитической микрофлоры в толстой кишке**
 - ✓ **Нормализация электролитных расстройств**
 - ✓ **Лечение инфекционных заболеваний**
 - ✓ **Исключение приема седативных и анальгезирующих препаратов**

Лечение печеночной энцефалопатии (II)

- Уменьшение степени гипераммониемии

- А. Уменьшение аммиакогенного субстрата:

- очищение желудочно-кишечного тракта (сифонные клизмы, слабительные)
 - уменьшение потребления белка

- Б. Связывание аммиака в крови:

- L-орнитин-L-аспартат (Гепамерц)
 - Гепастерил А

- В. Подавление образования аммиака:

- антибиотики широкого спектра действия
 - ацидификация кишечного содержимого лактулозой (Дюфалак, Лактусан); ацидифицирующие клизмы

Лечение печеночной энцефалопатии (III)

- Препараты, модифицирующие соотношение нейромедиаторов
 - ✓ Бромокриптин
 - ✓ Флумазенил
 - ✓ Аминокислоты с разветвленной цепью
- Поддерживающая терапия
 - ✓ Лечение инфекций
 - ✓ Коррекция анемии и гипоксии, коррекция нарушений электролитного баланса и pH и др.

Обоснованность лечения латентной ПЭ

- Долговременная профилактика ПЭ оправдана у пациентов с выраженным коллатеральным кровотоком и легкими нарушениями функции печени
- Необходимо проводить лечение уже на ранней стадии ПЭ, когда у пациентов наблюдается быстрая утомляемость, нарушения ритма сна и бодрствования, и они особенно подвержены риску при управлении транспортными средствами

Лечение латентной печеночной энцефалопатии

- Выявление и устранение факторов, способствующих развитию ПЭ
- Ограничение потребления белка (но не менее 70 г/сут)
- **Лактулоза** в дозе 10-30 мл 3 р/сут
- **Гепта-мерц (гранулят)** 1-2 пакетика 3 р/сут

Каждые 3 мес проводят клиническое обследование (тест на цифровую последовательность и анализ почерка)

Лечение печеночной энцефалопатии I-II стадии

- Выявление и устранение факторов, способствующих развитию ПЭ
- Ограничение потребления белка (50-70 г/сут)
- **Лактулоза** в дозе 20-50 мл 3 р/сут
- **Гепта-мерц (гранулят)** 1-3 пакетика 3 р/сут
- Антибиотики в подобранных дозах (**неомицин 4 г/сут, амоксициллин 2 г/сут, ампициллин 4 г/сут, метронидазол 750 мг/сут**)

Лечение печеночной энцефалопатии III-IV стадии

- Выявление и устранение факторов, способствующих развитию ПЭ
- Ограничение потребления белка (10-30 г/сут)
- **Лактулоза** в дозе 20-50 мл 3 р/сут и клизма с 300 мл **лактулозы** на 1200 мл воды
- **Гепа-мерц (концентрат для инфузий)** до 40 г/сут внутривенно (5 г/час)
- Антибиотики в подобранных дозах (**неомицин 4 г/сут, амоксициллин 2 г/сут, ампициллин 4 г/сут, метронидазол 750 мг/сут**)

Принципы лечения кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода

- Гемостатическая терапия (ϵ -аминокапроновая кислота, викасол, глюконат кальция, дицинон, эритромакса)
- Восстановление объема циркулирующей крови (раствор альбумина, плазма)
- Фармакологическое снижение портального давления (вазопрессин \pm нитроглицерин, глипрессин, терлипрессин, соматостатин, октреотид)
- Механическая тампонада пищевода (зонд Блэкмора-Сенгстакена)
- Эндоскопические методы остановки кровотечения (склеротерапия с помощью этаноламина, полидоканола, лигирование стволов вен)
- Трансъюгулярный внутрипеченочный портосистемный шунт
- Профилактика стрессовых язв ЖКТ (H_2 -гистаминоблокаторы, блокаторы протонной помпы)
- Профилактика печеночной энцефалопатии (лактоулоза, сифонные клизмы)
- Профилактика спонтанного бактериального перитонита (антибиотики)

Основные фармакологические средства для лечения кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода

- Вазопрессин 0,1-0,9 Ед/мин
- Нитроглицерин 0,01% раствор 25мкг/мин (1 мл за 4 мин), далее под контролем АД
- Терлипрессин 2 мг в/в струйно, далее 1мг каждые 4 часа в течение 24 часов
- Сандостатин 0,1 мг п/к 3 раза в день

Профилактика первого кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода

- Больным без ВРВП эндоскопическое исследование выполняется 1 раз в 2-3 года с целью динамического наблюдения вероятного их развития
- Больные с начальной степенью ВРВП контролируются эндоскопически 1 раз в 1-2 года. Профилактическое лечение таким больным не проводится
- Больные со средними и выраженными степенями ВРВП должны получать профилактическое лечение неселективными β -адреноблокаторами при отсутствии противопоказаний к их применению
- Больным с противопоказаниями к назначению β -адреноблокаторов или плохой их переносимостью необходимо выполнение эндоскопической перевязки варикозных венозных стволов пищевода

Профилактика рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода

- Больные, выжившие после первого эпизода кровотечения из ВРВП, нуждаются в профилактическом лечении неселективными β -адреноблокаторами (**пропранолол, надолол, тимолол**) или в выполнении эндоскопической перевязки варикозных узлов

Критерий эффективной дозы:

урежение пульса на 25% от исходного или до частоты 55 уд/мин

- По возможности, гемодинамический эффект применения β -адреноблокаторов необходимо мониторировать: если не удастся достичь снижения градиента давления в печеночных венах на 20% от исходного или менее 12 мм рт.ст., рационально присоединение к β -адреноблокаторам изосорбита мононитрата (**10-20 мг 2 р/сут**)
- Больным, у которых первый эпизод кровотечения из ВРВП развился на фоне приема β -адреноблокаторов, вторичная профилактика должна быть комплексной и включать наряду с β -адреноблокаторами также эндоскопическое лигирование варикозных узлов

Рекомендации по лечению асцита (I)

- Строгий постельный режим
- Гипонатриевая диета:
 - ✓ при минимальном и умеренном асците
ограничение приема поваренной соли до 1-1,5 г/сут
 - ✓ при напряженном асците – до 0,5-1 г/сут
- Ограничение приема жидкости (до 0,8-1,5 литров в день) при напряженном асците

Рекомендации по лечению асцита (II)

- Диуретическая терапия:
 - ✓ антагонисты альдостерона (верошпирон 50-400 мг/сут, альдактон)
 - ✓ плюс натрийуретики при отсутствии эффекта антагонистов альдостерона (фуросемид 20-160 мг/сут, урегит 50-100 мг/сут)

Критерием эффективности проводимой терапии служит положительный водный баланс, составляющий 200-400 мл/сут при малом объеме асцита и 500-800 мл/сут при отечно-асцитическом синдроме

Форсированный диурез (более 1 л/): опасность развития ПЭ, ГРС, “ложной” (гипокалиемической) комы

Возможные осложнения диуретической терапии при циррозе печени

	Спиронолактоны	Петлевые диуретики
Гиперкалиемия и метаболический ацидоз	+++	—
Гипокалиемия и метаболический алкалоз	—	+++
Азотемия	+	+++
Гинекомастия	+++	—
Ототоксичность	—	+++

Рекомендации по лечению асцита (II)

- Терапевтический парацентез (3-6 л) с внутривенным введением раствора альбумина (раствор альбумина из расчета 6-8 г на 1 литр удаленного асцита)
- Ультрафильтрация
- Перитонео-венозный шунт LeVeen или Denver, трансъюгулярный внутрипеченочный портосистемный шунт
- Трансплантация печени

МАРС- молекулярная адсорбирующая рециркулирующая система

- разработана врачами Jan Stange и Steffen Mitzner (Университете г. Росток, Германия)
- Цель данной терапии зависит от показаний, стадии цирроза и состояния каждого конкретного пациента: полное выздоровление, длительная многоступенчатая подготовка к пересадке печени, подготовка непосредственно перед пересадкой печени или экстренные мероприятия при повреждении печеночного трансплантата

Показания к терапии с использованием МАРС

печеночная недостаточность, вызванная острым или хроническим заболеванием печени:

- Вирусная инфекция (хронический HBV/HCV/другие гепатотропные вирусы) или суперинфекция с хроническим заболеванием печени в анамнезе
- Алкоголь (алкогольный гепатит/декомпенсация алкогольного цирроза)
- Аутоиммунные болезни печени (аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит)
- Метаболическая дисфункция (гемохроматоз)
- Криптогенный цирроз

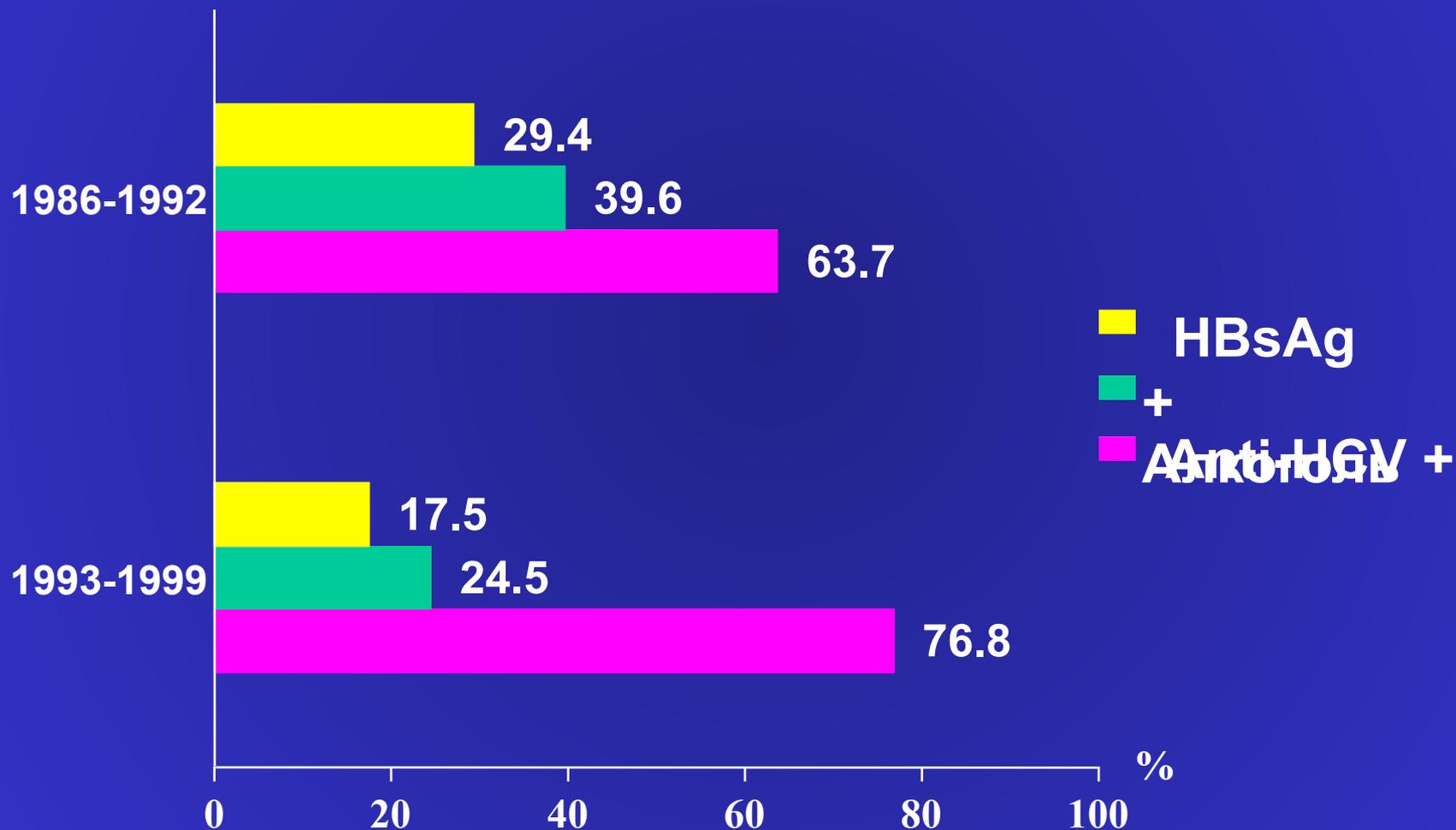
Показания к терапии МАРС

- гипербилирубинемия ($> 15\text{мг/дл}$)
- синдром портальной гипертензии (асцит, варикозное расширение вен пищевода/ЖК кровотечение)
- печеночная энцефалопатия I/II - III/IV
- гепаторенальный синдром
- сепсис/ССВО (SIRS*)/тяжелые инфекции (*SIRS — Systemic inflammatory response syndrome — *Синдром системного воспалительного ответа (ССВО)* — наиболее частая причина развития шока; развивается в результате массивного поступления медиаторов воспаления, вызванного бактериями, вирусами, грибами, риккетсиями)
- полиорганная недостаточность
- **ПЕРВИЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ТРАНСПЛАНТАТА**
- **ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ**

Терапия МАРС

- Основной принцип - замещение детоксикационной функции печени, т. е. удаление как водорастворимых, так и связываемых белком токсинов, накапливающихся при печеночной недостаточности, обеспечение лучших условий для восстановления клеток печени и снижение токсичности плазмы.

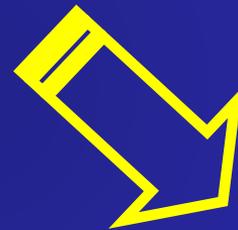
Этиология ГЦК у больных циррозом



Benvegna, 1999

Ранняя диагностика ГЦК

- Исследование уровня альфа-фетопротейна
- УЗИ печени (МРТ)



**Не реже 1 раза в 6 месяцев у
всех больных циррозом печени
независимо от этиологии**

Цель скрининга на ГЦК

- **Выявление ранней («очень ранней») стадии ГЦК** при сохранной функции печени (нормальный уровень билирубина, градиент давления в печеночной вене < 10 мм Нг) и отсутствии симптомов опухоли печени
- **Возможность эффективного лечения** – резекция доли печени , трансплантация печени , чрезкожная абляция узлов опухоли

Стадии ГЦК и выживаемость

- «Очень ранняя» - 5-летняя выживаемость 100%
- Ранняя -5-летняя выживаемость 50-75%
- Промежуточная -3-летняя выживаемость 50%
- Продвинутая - выживаемость 1 год 30%
- Терминальная –средняя выживаемость < 3 месяцев

60-75% больных ГЦК диагностируются на продвинутой стадии болезни !!

Факторы, определяющие прогноз больных ГЦК

- Класс А цирроза печени по Child-Pugh
- Морфологическая характеристика ГЦК-единичный узел (множество очагов, диффузная опухоль)
- Размер опухоли < 2 см в диаметре
- Уровень α -фетопротеина
- Отсутствие тромбоза портальной вены

5-летняя выживаемость 63%

Рецидив ГЦК после резекции печени

- Рецидив 70% в течение 5 лет
- Факторы прогноза - наличие микрососудистой инвазии и нераспознанные очаги опухоли
- Предоперационная или адъювантная химиотерапия не эффективна
- У большинства больных с рецидивом развивается многоузловая опухоль вследствие диссеминации первичной опухоли

Llovet, et al. Hepatology 1999;30:1434-1440

Okada S et al. Gastroenterology 1994;106:1618-1624

Poon et al. Ann Surg 2002;235:373-382

Трансплантация печени и ГЦК

- ГЦК является показанием для ОТП
- Прогноз трансплантации при наличии одиночного очага опухоли <5 см такой же, как у больных без опухолевого заболевания
- Существуют строгие (Миланские) критерии для отбора к ОТП при ГЦК : солитарный узел <5 см или до 3-х узлов менее 3 см
- Критерии США: одиночный узел < 6.5 см или до 3-х узлов менее 4.5 см с общим диаметром опухоли <8 см

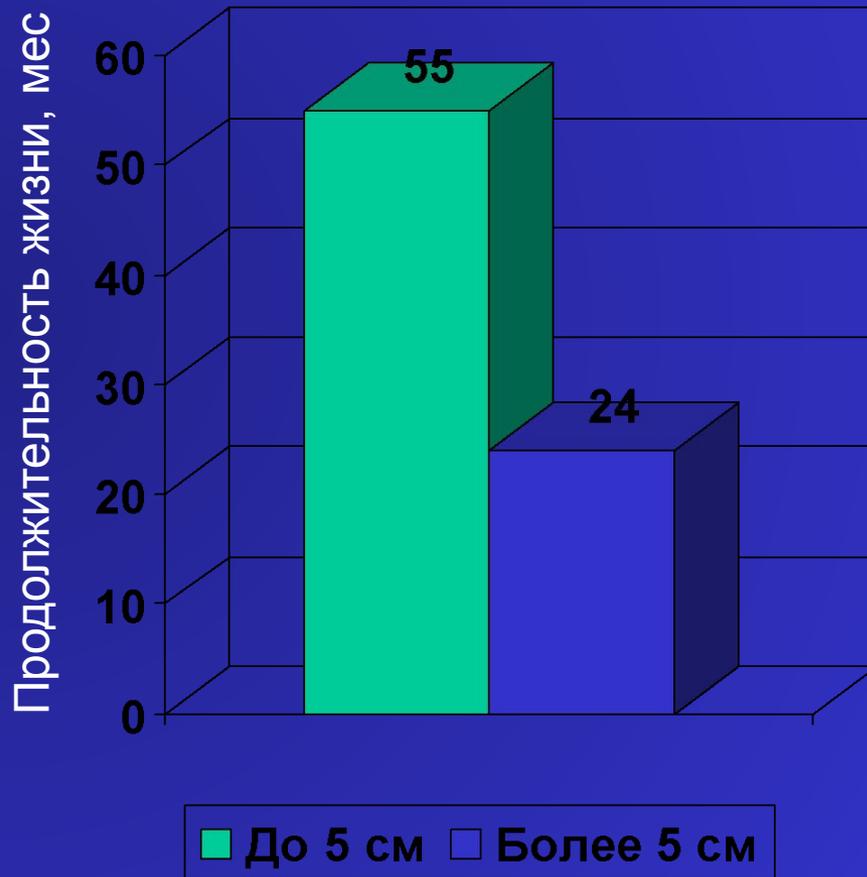
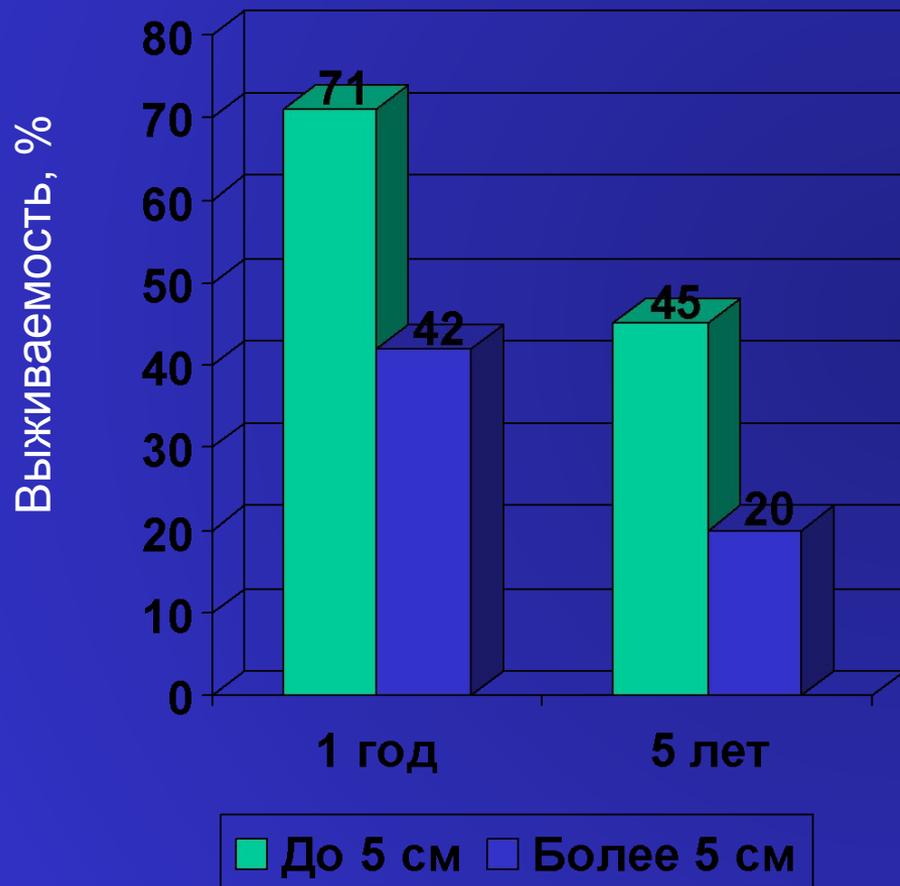
Iwatsuki, et al. Ann Surg 1985;202:401-407

Mazzaferro, et al. N Engl J Med 1996;334:693-699

Yao, et al. Hepatology 2001;33:1394-1403

Хирургическое лечение ГЦК: результаты

Трансплантация печени



Вакцинация против HBV и риск развития ГЦК

Программа вакцинации на Тайване

- 1984 – вакцинация новорожденных от HBsAg-позитивных матерей
- 1986 – вакцинация всех новорожденных
- 1987 – вакцинация всех детей, подростков и взрослых



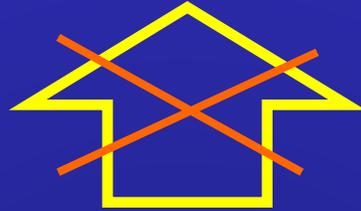
Противовирусная терапия ХГС и риск развития ГЦК

Проспективное когортное исследование (345 больных циррозом печени)



Shiratori Y. et al., 2005

ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА



**-ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ
ВИРУСА ГЕПАТИТА В
-ПРОТИВОВИРУСНАЯ
ТЕРАПИЯ**

**ХРОНИЧЕСКОГО
ГЕПАТИТА В, С и D**

**Ранняя диагностика опухоли
печени**

Хирургические методы лечения

Новые таргетные препараты