



ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ (ЦП) - терминальная стадия хронического гепатита. Он характеризуется перестройкой структуры печени с уменьшением числа функционирующих гепатоцитов и разрастания на их месте соединительной ткани. **Переход гепатита в цирроз клинически трудно различим.** Решающим диагностическим критерием служит биопсия печени.

Этиология

- Вирусный гепатит
- хроническая алкогольная интоксикация
- лекарственная интоксикация
- холестааз.



Чаще всего встречаются циррозы вирусные и алкогольные. У 5% населения мира выявляются хронические вирусные гепатиты и у 13 на 1000 населения — алкогольные поражения печени, которые примерно у 30—40% пациентов трансформируются в цирроз печени (ЦП).

Клиническая картина проходит последовательно

- I. стадию начальных проявлений,
- II. развернутую стадию с периодами компенсации и декомпенсации,
- III. терминальную (дистрофическую) стадию.

- ***Стадия начальных проявлений ЦП –***

типично наличие умеренной гепатомегалии, желтухи, неопределенных тупых болей в верхних отделах живота, кожного зуда, снижения массы тела, субфебрилитета, носовых кровотечений.

- 
- **Развернутая стадия ЦП** характеризуется наличием больших и малых гепатологических синдромов.
 - **Астеновегетативный синдром** проявляется слабостью, бессонницей, снижением работоспособности, эмоциональными расстройствами.
 - **Гепатолиенальный синдром** обусловлен гиперплазией клеток печени и селезенки, а также выраженным венозным застоем. Консистенция органов, как правило, плотная.

- 
- ***синдром печеночно-клеточной недостаточности*** -проявляется энцефалопатией, для которой, прежде всего, типично нарушение чередования периодов сна и бодрствования с ночным беспокойством и дневной сонливостью.
 - ***синдромом гиперспленизма*** - проявляется сочетанием анемии, лейкопении и тромбоцитопении

- 
- ***геморрагические нарушения*** в виде повышенной кровоточивости, предрасположенности к кровотечениям из слизистых оболочек пищеварительного тракта.

В связи с нарушением *белковосинтезирующей функции* печени у больных развивается недостаточность питания, в отдельных случаях достигающая степени кахексии.

- 
- ***Синдром цитолиза*** связан с нарушением целостности гепатоцитов. Характеризуется, повышением в крови уровня внутрипеченочных ферментов – аминотрансфераз или трансаминаз (АСТ и АЛТ), изоферментов лактатдегидрогеназы гипербилирубинемией с повышением прямой фракции.

- 
- ***Синдром холестаза*** обусловлен нарушением желчевыделительной функции печеночных клеток и поражением мельчайших желчных ходов. Его клиническим проявлением является упорный кожный зуд, появление ксантом.

- ***Синдром портальной гипертензии*** - нарушение внутрипеченочного кровотока с повышением давления в системе воротной вены.

Характерно *увеличение селезенки*, появление варикозно расширенных вен в нижней трети пищевода, геморроидальных, выявляется сеть расширенных подкожных вен передней брюшной стенки с центром в области пупка. В сочетании с асцитом такая картина получила название «головы Медузы».

- ***отечно-асцитический синдром***
свидетельствует о *декомпенсации ЦП.*

Сначала формируется асцит, затем отеки нижних конечностей, в последнюю очередь – полостные отеки (гидроторакс и гидроперикард).

- 
- **В терминальную (дистрофическую) стадию ЦП** развиваются осложнения заболевания, обусловленные печеночно-клеточной недостаточностью и связанными с ней тяжелыми нарушениями белкового, водно-электролитного метаболизма и интоксикацией центральной нервной системы.



- **Осложнения цирроза:**

- 1. кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода,
- 2. гепатаргия,
- 3. иммунодефицит,
- 3. гепаторенальный синдром с формированием острой почечной недостаточности и смертностью от неё в 90-100% случаев.



Диагностика ЦП основана на выявлении признаков заболевания, оценке его стадии, активности, фазы, степени нарушения функций печени уточнении этиологии.

- ***ультразвуковое исследование органов брюшной полости*** позволяет оценить изменения размеров и плотности органа обнаружить увеличение селезенки. Исследование позволяет количественно оценить диаметр воротной, печеночной и селезеночной вен.

- **Компьютерная и магнитно-резонансная томография** позволяют визуализировать гепатоспленомегалию и расширение венозных коллатералей. Оба исследования широко используются для дифференциальной диагностики гепатоцеллюлярной карциномы, метастатических поражений печени и гемангиом.

- **Эзофагогастродуоденоскопия**
незаменима для выявления варикозно расширенных вен пищевода
- **Использование биохимических тестов (печеночных проб)**

Подлежат оценке общий белок и белковые фракции, фибриноген, протромбиновый индекс, холестерин, общий и прямой билирубин, мочевины, калий и натрий крови, активность трансаминаз, щелочной фосфатазы.

- **изучение этиологических факторов ЦП** - исследуют маркеры вирусного поражения печени (антитела к вирусам гепатита В, С, Д и др.) методами иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР), иммуноглобулины крови.

Лечение циррозов :

- **1. Устранение по возможности этиологического фактора.**
- **2. Диета - стол # 5.** Устранение трудноперевариваемых жиров, достаточное количество витаминов группы В, ограничение поваренной соли, разумное ограничение белка. Белок ограничивают до уровня при котором нет признаков энцефалопатии вследствие аммиачной интоксикации.

- **3. Симптоматическая терапия.**

- а) Если преобладает печеночная недостаточность:

- - глюкоза

- - витамины В, С и др.

- - сирепар.

- 
- б) При портальной гипертензии и асците:
 - - салуретики в комплексе с верошпироном,
 - - плазмозаменители,
 - - анаболические гормоны, бессолевая диета.

- 
- в) При признаках холестаза:
 - - фенобарбитал,
 - - холестирамин до 15 мг в сутки внутрь,
 - - жирорастворимые витамины А и D,
 - - глюконат кальция.
 - г) При интеркуррентных инфекциях антибиотики широкого спектра действия.

- 
- д) Патогенетическая терапия
 - - преднизолон 20-30мг в сутки,
 - цитостатики:
 - - имуран 50-100 мг в сутки,
 - - плаквенил, делагил.