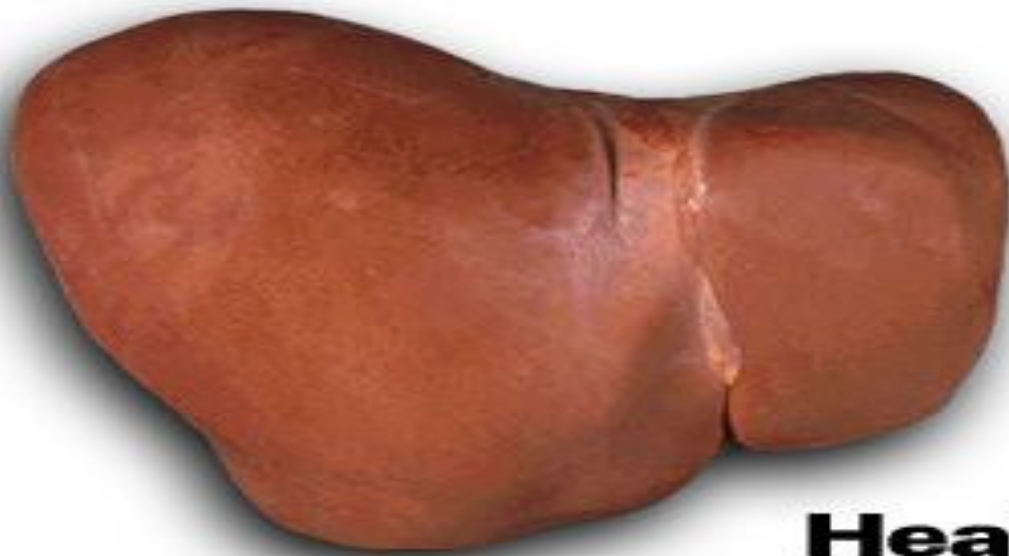


Сестринский процесс при циррозах печени



Автор Якимова Е.
С.

Цирроз печени – диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и образованием паренхиматозных узлов, развивающихся вследствие некроза гепатоцитов.

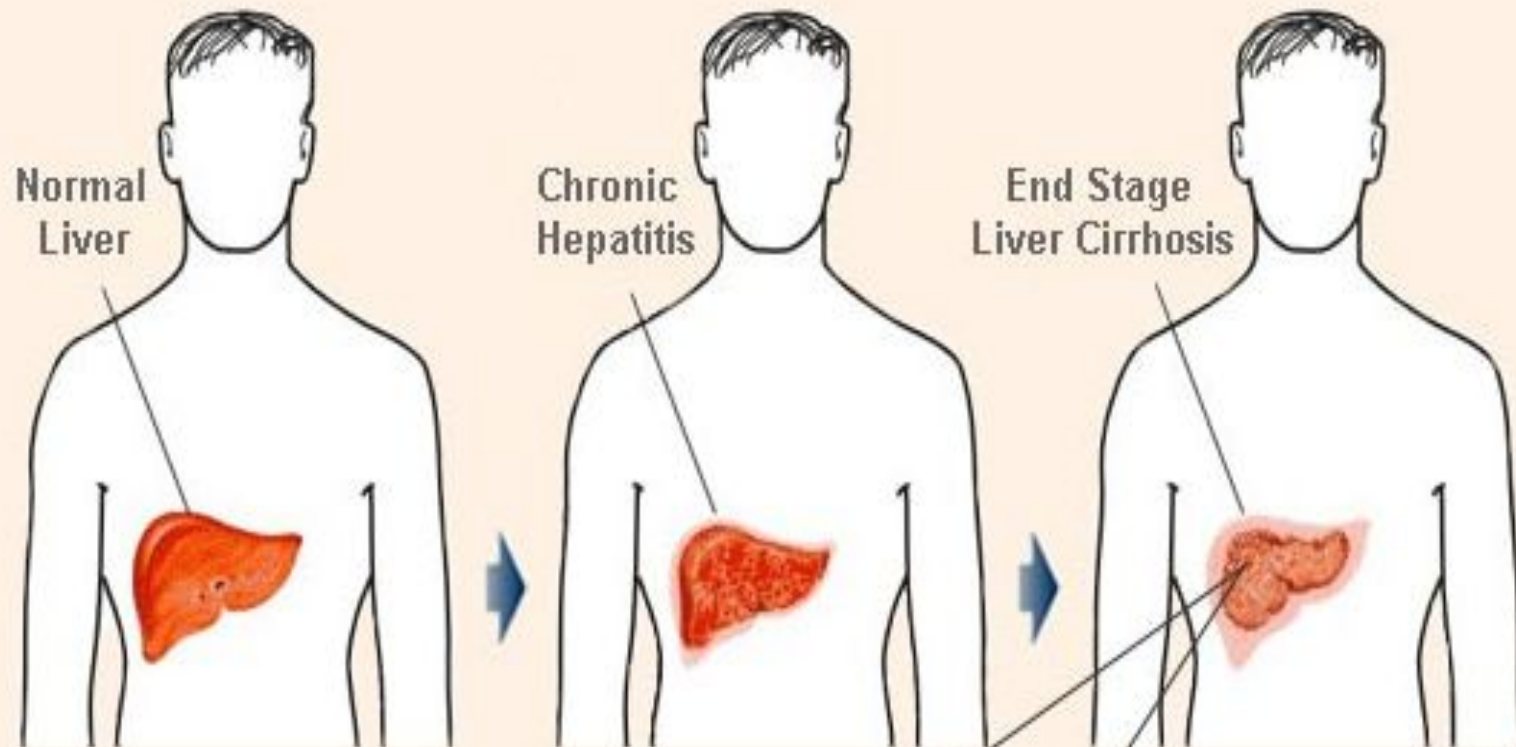


Healthy



Cirrhosis





Reduced number of normal functional hepatocytes



Fibrous connective tissue separates parenchymal nodules

Fatty degeneration of hepatocytes



Классификация

- вирусные
- алкогольный
- холестатический
- аутоиммунный
- метаболический
- токсический
- криптогенный

Патогенез

Вследствие некроза гепатоцитов развивается фиброз. В участках некроза образуются узлы регенерации, которые нарушают нормальную архитектонику печени. Нарушается кровоток по ветвям воротной вены. Вначале процесс обратим, но с образованием септ, которые не содержат клеток становится необратимым

Клиника

- синдром печеночной энцефалопатии
- геморрагический синдром
- синдром гормонального дисбаланса
- отечный синдром
- синдром портальной гипертензии
- анемический синдром
- синдром холестаза

Печеночная энцефалопатия – потенциально обратимые неврологические и когнитивные симптомы, наблюдающиеся при остром или хроническом поражении печени, сопровождающимся синдромом печеночно-клеточной недостаточности (или при наличии порто-кавального шунтирования)



Синдром печеночной энцефалопатии

Комплекс нарушений обмена веществ с поражением мозга. Нарушается обезвреживание аммиака и других токсинов, которые поступают в кровь.

Клиника печеночной энцефалопатии

- эйфория
- раздражительность
- головная боль
- нарушение почерка
- периодически депрессия
- замедленная речь
- нарушение сна

Поздняя стадия

- сонливость
- неадекватность поведения
- бессвязная речь

Крайняя степень – печеночная кома

Геморрагический синдром

- кровоизлияния на коже
- носовые кровотечения

Синдром гормонального дисбаланса

Увеличение эстрогенов у мужчин

- гинекомастия

Накопления андрогенов у женщин

- аменорея
- гирсутизм

У женщин и мужчин

- сосудистые звездочки
- пальмарная эритема (яркая гиперемия ладоней)
- выпадение волос на лобке, в подмышечных ямках, снижение либидо









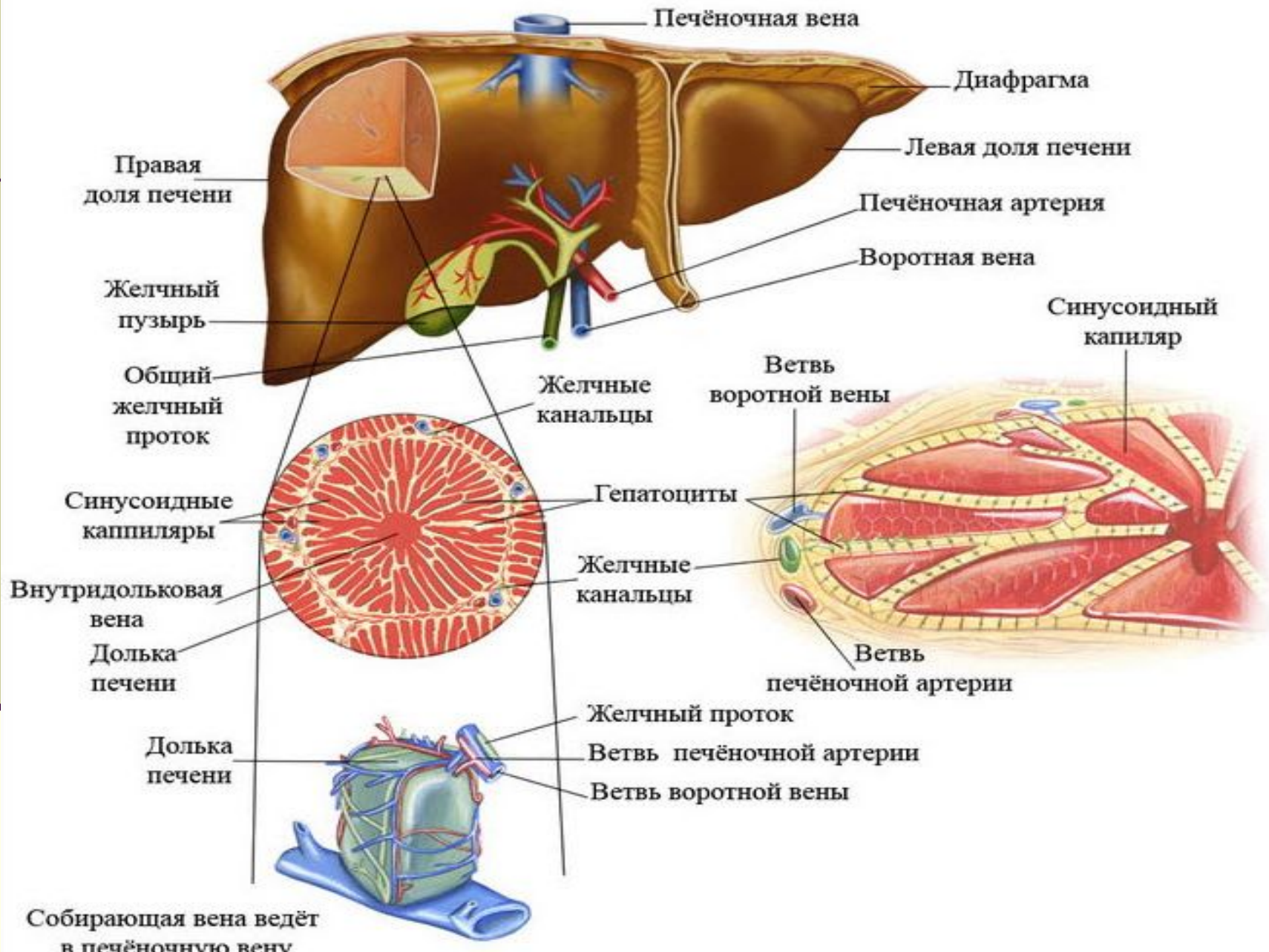
Отечный синдром

Увеличение концентрации альдостерона
приводит к задержке натрия и воды



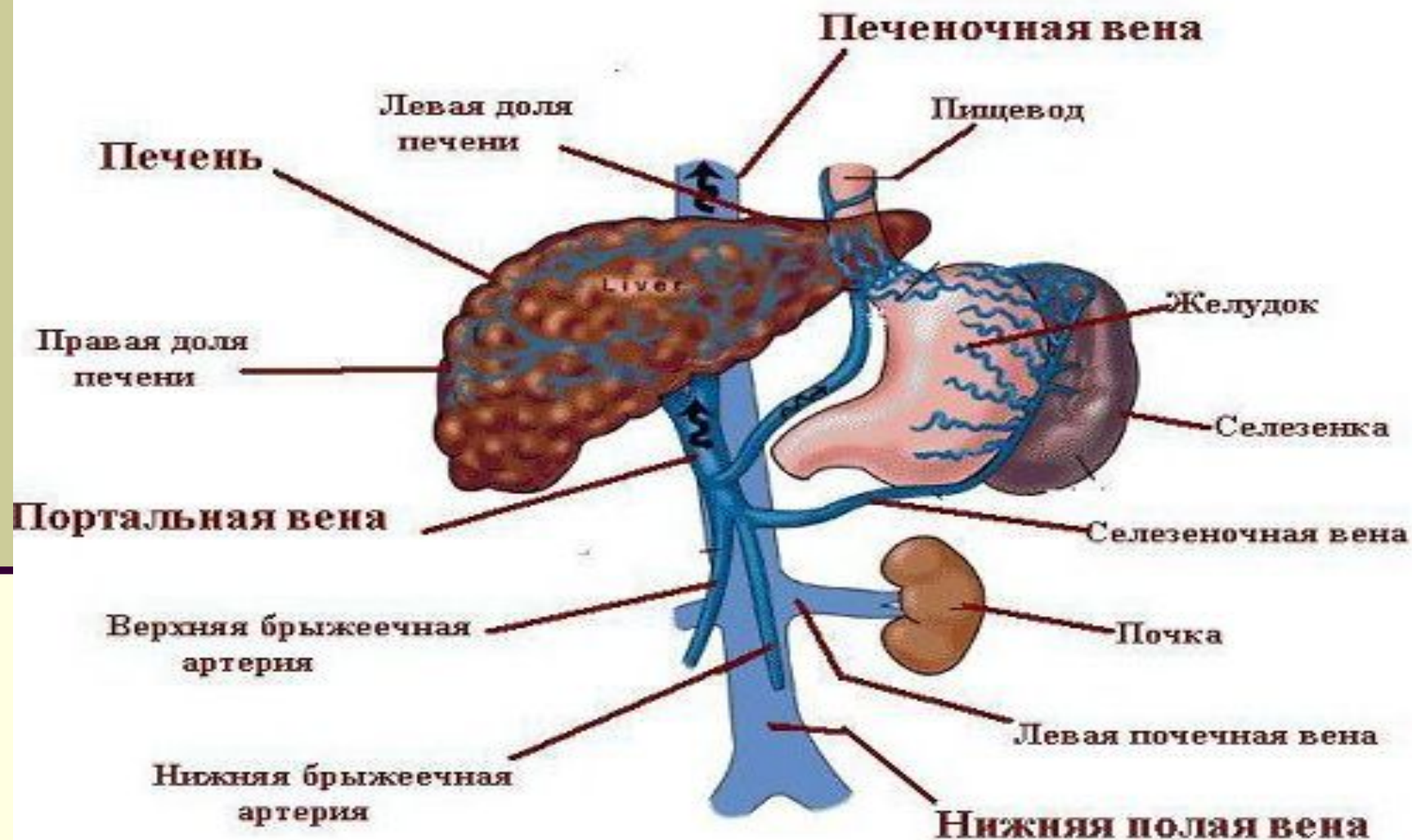
Синдром портальной гипертензии

Развитие фиброза вокруг центральных вен печеночных долек приводит к нарушению оттока крови по портальной вене. В результате кровь от органов ЖКТ оттекает по портоковальным анастамозам



Собирающая вена ведёт в печёночную вену

Портальная система печени



Клинические проявления

Расширяются вены

- пищевода
- желудка
- прямой кишки
- подкожные вены – «голова «медузы»
- увеличивается селезенка

Синдром анемии

Причины:

- повышенный гемолиз
- нарушение всасывания вит К
- частые кровотечения

Клиника

- слабость
- утомляемость
- бледность кожи и слизистых
- одышка
- тахикардия

Синдром холестаза

- кожный зуд
- желтушность кожи и слизистых
- отложение холестерина в тканях (ксантомы, ксантелазмы)



Диспепсический синдром

Причина:

уменьшение оттока желчи, ферментативная недостаточность, дисбактериоз...

- снижение аппетита
- горечь во рту
- чувство переполнения желудка
- тошнота, рвота
- метеоризм
- запоры и поносы

Признаки гиповитаминоза

- малиновый язык
- сухая кожа
- стоматит





Дерматит

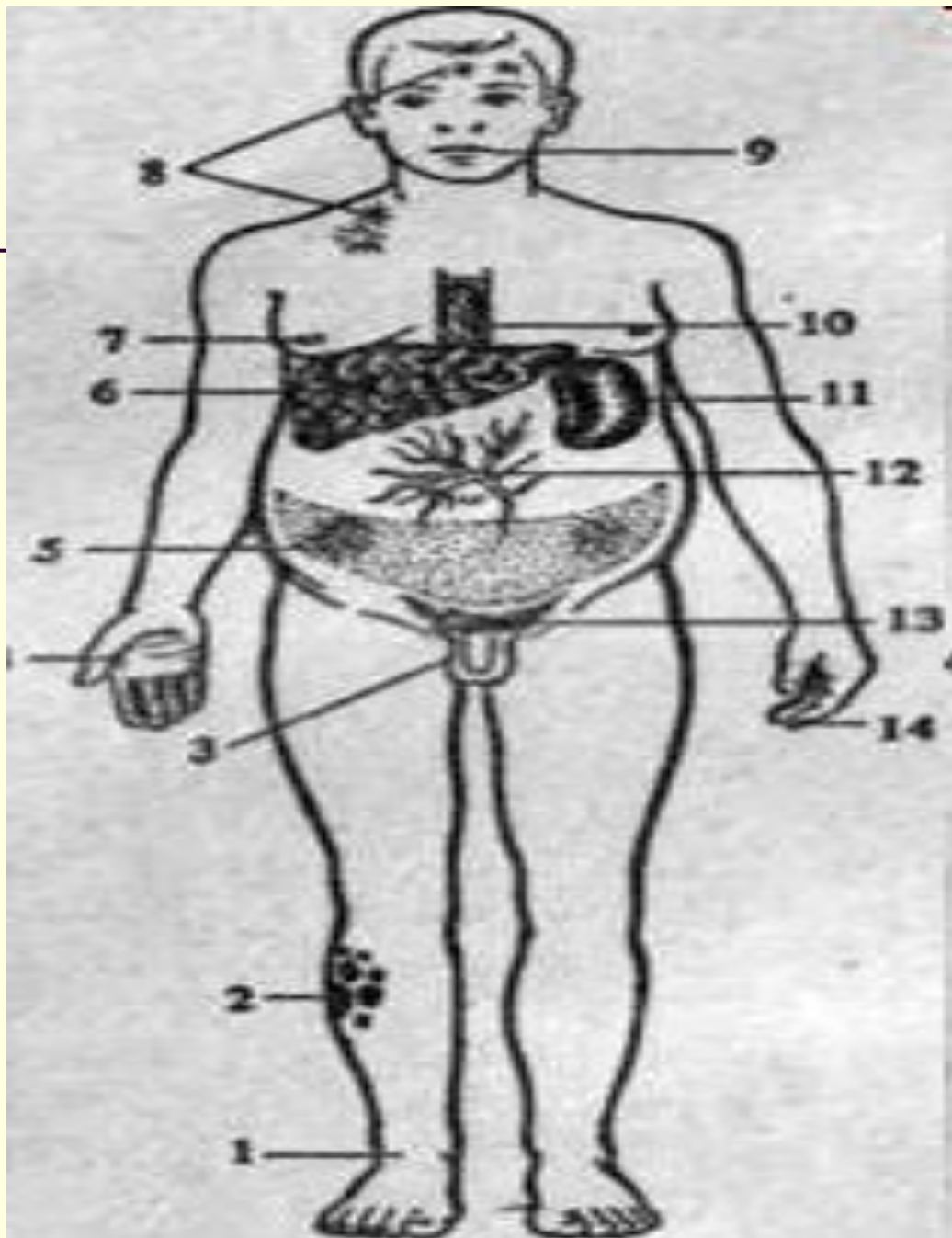


Цитолитический синдром

- Повышение температуры

При аутоиммунном и вирусном циррозах возможны внепеченочные проявления:

- Артрит и артралгии, миокардит, гломерулонефрит, кожные васкулиты, полинейропатия



Диагностика

- ОАК, ОАМ
- сывороточное железо
- биохимический анализ крови
- кал на скрытую кровь
- маркеры вирусного гепатита
- УЗИ
- ФГДС
- биопсия печени

Таблица 1. Клиническая трактовка лабораторных показателей при ЦП

Лабораторные показатели	Уровни в крови	Клиническая интерпретация
Билирубин общий и конъюгированный	↑	Некрозы гепатоцитов, холестаза
АлАТ, АсАТ	↑	Некрозы гепатоцитов
АлАТ, АсАТ	N	Уменьшение количества гепатоцитов
ЩФ, ГГТП, холестерин	↑	Холестаза на уровне внутри- или внепеченочных желчных протоков
ЩФ, ГГТП, холестерин	↑ ↓ или N	Холестаза в сочетании с паренхиматозными поражениями печени
ГГТП	↑	Гепатоцеллюлярный холестаза. Токсические поражения печени
Альбумины, протромбиновый индекс	↓	Гепатоцеллюлярная недостаточность
γ-Глобулины	↑	Иммунные (аутоиммунные) нарушения
Сывороточное железо, ферритин	↑	Некрозы гепатоцитов (гемохроматоз, вторичное накопление железа в печени)

Примечание. ↑ – повышен, ↓ – снижен, N – нормальный.



Лечение

- лечение основного заболевания
- симптоматическое лечение

Цирроз печени вирусной этиологии

- альфа-интерферон

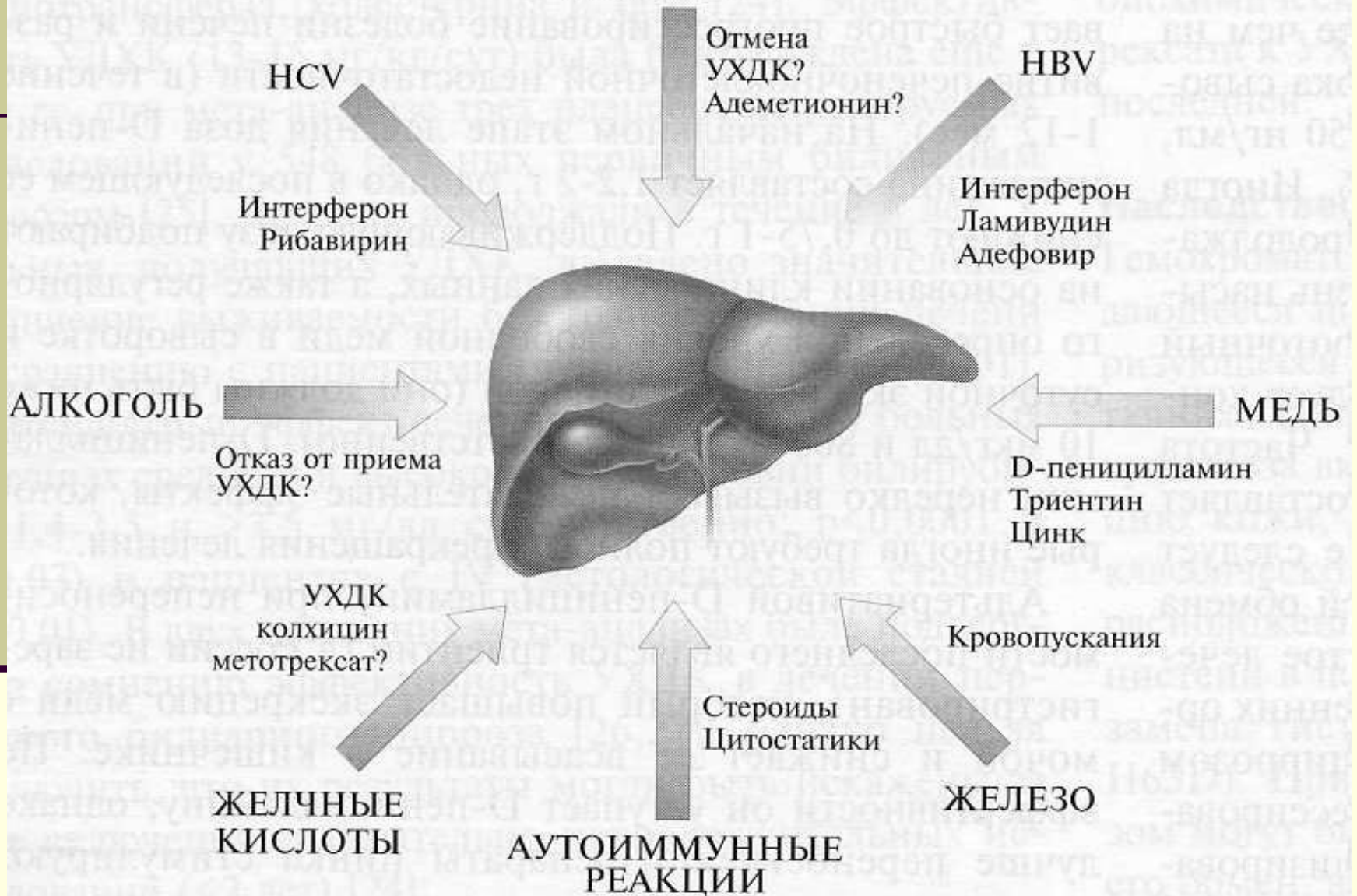
Аутоиммунный цирроз

- ГКС
- Цитостатики (азатиоприн)
- пересадка печени при прогрессировании (5 – летняя выживаемость в 92%)

Алкогольный цирроз

- отказ от алкоголя (при полном отказе 5-летняя выживаемость – 92%)

ЛЕКАРСТВА





Симптоматическая терапия

Энцефалопатия

- малобелковая диета
- лактулоза – уменьшить рост бактериоидов в кишечнике, ускорить продвижение каловых масс
- антибиотики широкого спектра действия (метронидазол, неомицин)
- гепамерц, гепастерил А – уменьшение аммиака в крови

Асцит

- постельный режим
- уменьшение жидкости до 1л, соль
- мочегонные препараты: верошпирон, гипотиазид, фуросемид, триампур)
- абдоминальный парацентез (до 2л одновременно)
- пересадка печени при стойком асците







Кожный зуд

- холестирамин
- Урсофальк

Диспепсический синдром

- Ферменты (креон, панцитрат, мезим)

Осложнения

Потенциальные проблемы

- пищеводно-желудочные кровотечения
- печеночная кома
- рак

Пищеводно-желудочное кровотечение

Клиника пищеводно-желудочные кровотечения

Начало внезапное

- кровавая рвота
- слабость
- головокружение
- дегтеобразный стул
- боли в эпигастрии или правом подреберье
- обморок

При профузных кровотечениях кровь выделяется полным ртом и сворачивается в желеобразную массу

Тактика

Срочная госпитализация в хирургический
стационар !!!

Диагностика

Осмотр:

- асцит
- энцефалопатия
- спленомегалия
- анастомозы

ФГДС:

Расширение и нарушение целостности вен чаще в нижней части пищевода.

Принципы лечения

- воздействие на источник кровотечения
- снижение портального давления
- воздействие на свертывающую систему крови
- возмещение кровопотери и борьба с гипоксией
- профилактика печеночной недостаточности
- поддержание деятельности ССС

Медикаментозная терапия

1. Снижение портального давления
 - бета – блокаторы (пропранолол, анаприлин)
 - нитраты (нитроглицерин, нитропруссид)
 - октреодин
2. Гемостатики – аминокaproновая кислота, трасилол. Дигинон, викасол, полиглюкин.
3. Возмещение кровопотери

Методы остановки кровотечения

- применение пищеводного зонда с пневмобаллоном (эффект 70-80%)
- эндоскопическая склеротерапия (введение склерозирующего вещества)

Эффект в 70% случаев

Рецидивы отмечаются у 30-60% больных

Оперативное лечение

- шунтирующие операции
- операции на разъединение

Печеночная кома

Проникновение токсических веществ из портального кровотока в мозг происходит в результате печеночно-клеточной недостаточности (печеночно-клеточная, эндогенная кома) или наличия анастомозов между воротной и полыми венами (портокавальная, шунтовая, экзогенная кома).

Угнетение центральной нервной системы наступает под действием аммиака и фенолов, ароматических и серосодержащих аминокислот, накапливающихся в крови.

Прекома

Начало печеночной комы может быть постепенным: появляется чувство тревоги, тоски, апатия, эйфория. Характерно замедление мышления, ухудшение ориентации, расстройство сна. Электроэнцефалографические изменения незначительные.

Прекома

- чувство тревоги
- тоска, апатия, эйфория
- замедление мышления
- ухудшение ориентации
- расстройство сна

Угрожающая печеночная кома

- сознание спутанное
- дезориентация во времени и пространстве
- приступы возбуждения сменяются депрессией и сонливостью
- хлопающий тремор пальцев рук

Развившаяся печеночная кома

- сознание отсутствует
- ригидность мышц конечностей и затылка
- маскообразное лицо
- клонус мышц стопы
- патологические рефлексy

Печеночная кома характеризуется другими симптомами печеночно-клеточной недостаточности: появлением «печеночного» запаха изо рта, желтухой.

Выражен геморрагический синдром: петехиальные кровоизлияния в слизистую оболочку полости рта, желудочно-кишечного тракта, развивается отечно-асцитический синдром. Возникают сильные боли в правом подреберье, быстро сокращаются размеры печени.

В терминальной стадии может присоединиться инфекция с развитием сепсиса.

Прогноз

В большинстве случаев летальный исход наступает через несколько дней.

Лечение

- резко ограничить количество белка в суточном рационе до 50 г, а при дальнейшем прогрессировании заболевания прекратить введение белков через рот.
- кишечник ежедневно очищают клизмой и слабительными
- перорально или через зонд вводят антибиотики, подавляющие кишечную микрофлору (канамицин по 2–4 г в сутки, ампициллин 3–6 г в сутки, тетрациклин 1 г в сутки)
- применяют витамины, препараты калия, глюкозу, обильное парентеральное введение жидкости.

Лечение

- для обезвреживания аммиака крови вводят аргинин (25–75 г в сутки в 5%-ном растворе глюкозы), глутаминовую кислоту (30–50 г в виде 10%-ного раствора).
- при психомоторном возбуждении назначают галоперидол, ГОМК, хлоралгидрат (1 г в клизме).
- в случае развития метаболического ацидоза вводится 4%-ный раствор бикарбоната натрия по 200–600 мл в сутки, при выраженном метаболическом алкалозе вводятся большие количества калия (до 10 г в сутки и более).

Лечение

- глюкокортикостероидные гормоны назначают в больших дозах;
- При развитии у больных печеночной комой почечной недостаточности проводят перитонеальный или экстракорпоральный гемодиализ, который очень важно назначать своевременно.

Показания к трансплантации печени



Благодарю за внимание

Вопросы?