

Цирроз печени

Проф. Гейченко В.П.



Цирроз печени

- прогрессирующее диффузное полиэтиологическое заболевание печени, которое является конечной стадией развития хронического гепатита с неблагоприятным течением, следствием нарушения оттока желчи и крови с печени или генетически обусловленных метаболических дефектов и характеризуется значительным уменьшением количества клеток печени, которые функционируют, резко выраженной фиброзной реакцией, перестройкой структуры паренхимы и сосудистой печеночной сети с развитием портальной гипертензии и образованием структурно –аномальных регенераторных узлов.

На основании классификации МКХ-10, клинической классификации (Лос- Анджелес, 1994) с дополнением (2008), приказа МОЗ Украины № 271 от 13.06.2005 выделяют:

1. По этиологии:

- вирусный;
- алкогольный;
- токсический;
- аутоиммунный – вследствие аутоиммунного гепатита;
- вследствие метаболических нарушений (первичный или вторичный биллиарный цирроз);
- застойный – вследствие венозного застоя в печени;
- криптогенный цирроз - с невидимой или не установленной этиологией.



2. По морфологической характеристике:

- микронодулярный;
- макронодулярный;
- смешанный (микро-, макронодулярный)

3. По активности прогрессирования:

- подострый (гепатит- цирроз);
- активный:
 - а) быстро прогрессирующий (активный);
 - б) медленно прогрессирующий (активный)
- латентный;
- неактивный;

4. По тяжести течения :

- компенсированный;
- субкомпенсированный ;
- декомпенсированный

5. Осложнения :

- печеночная кома ;
- кровотечение из варикозно – расширенных вен пищевода и желудка, геморроидальных вен;
- бактериальный перитонит;
- тромбоз воротной вены;
- гепаторенальный синдром;
- цирроз- рак

Диагноз цирроз печени выставляют при наличии:

1. Гепатомегалии, спленомегалии;
2. Морфологических признаков цирроза (фиброзные изменения и узловая регенерация);
3. Инструментального подтверждения портальной гипертензии (наличие варикозно-расширенных вен при УЗИ, ФГДС, ректоскопии);
4. Инструментального и лабораторного подтверждения гепато-лиенального синдрома и гиперспленизма (выявление гепато-спленомегалии при УЗИ, анемии, лейкопении, тромбоцитопении);
5. Нарушения функциональных проб печени;

6. Синдрома малой печеночной недостаточности :
 - нарушение детоксикационной функции печени (телеангиоэктазии, пальмарная эритема, нарушение метаболизма лекарств, гормональные нарушения: импотенция, гинекомастия у мужчин, нарушение менструального цикла у женщин);
 - нарушение белковосинтетической функции печени (повышение кровоточивости, легкое образование синяков, трофические изменения – потеря массы тела, развитие кахексии);
7. синдрома большой печеночной недостаточности (печеночная энцефалопатия, кома) в терминальной стадии;
8. Асцита

Варикозное расширение вен пищевода

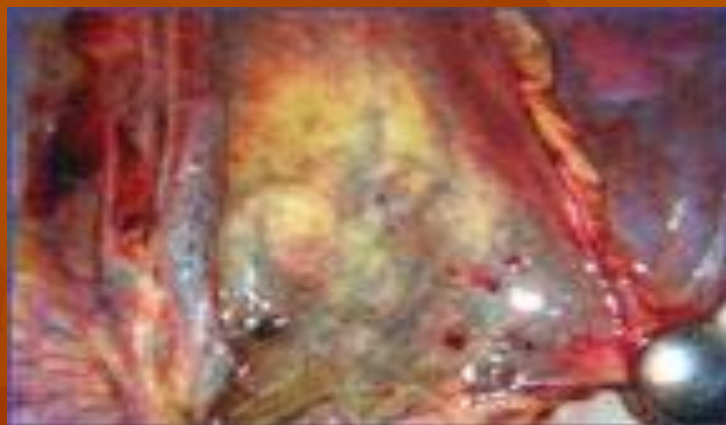




Рис. 4. Алкогольный цирроз печени. Спленомегалия

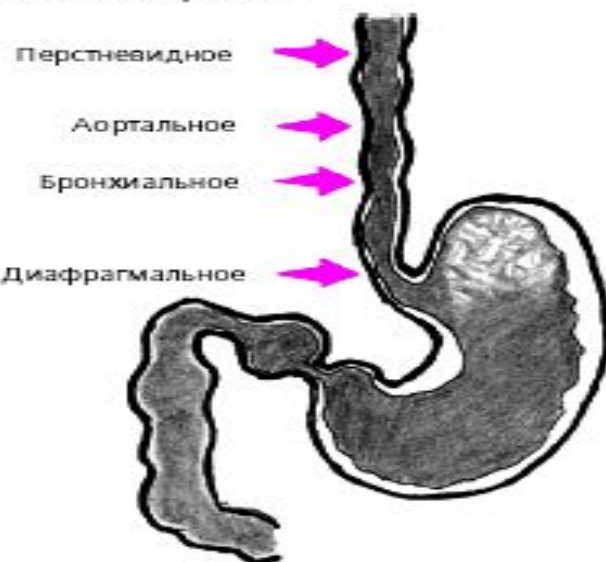


Рис. 5. Рак печени



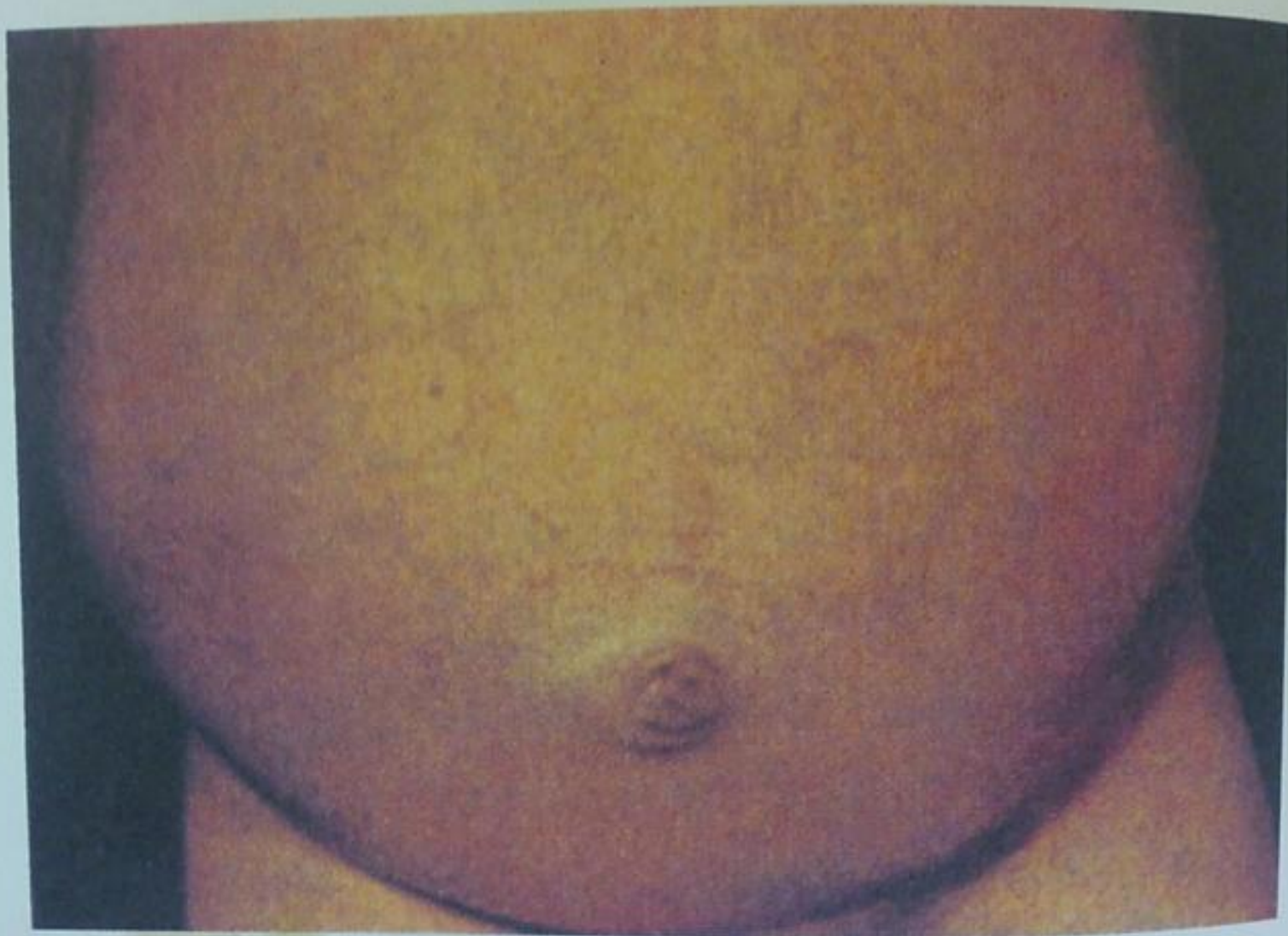
Рис. 6. Варикозно-расширенные вены пищевода (проявление портального цирроза печени)

а Физиологические сужения:

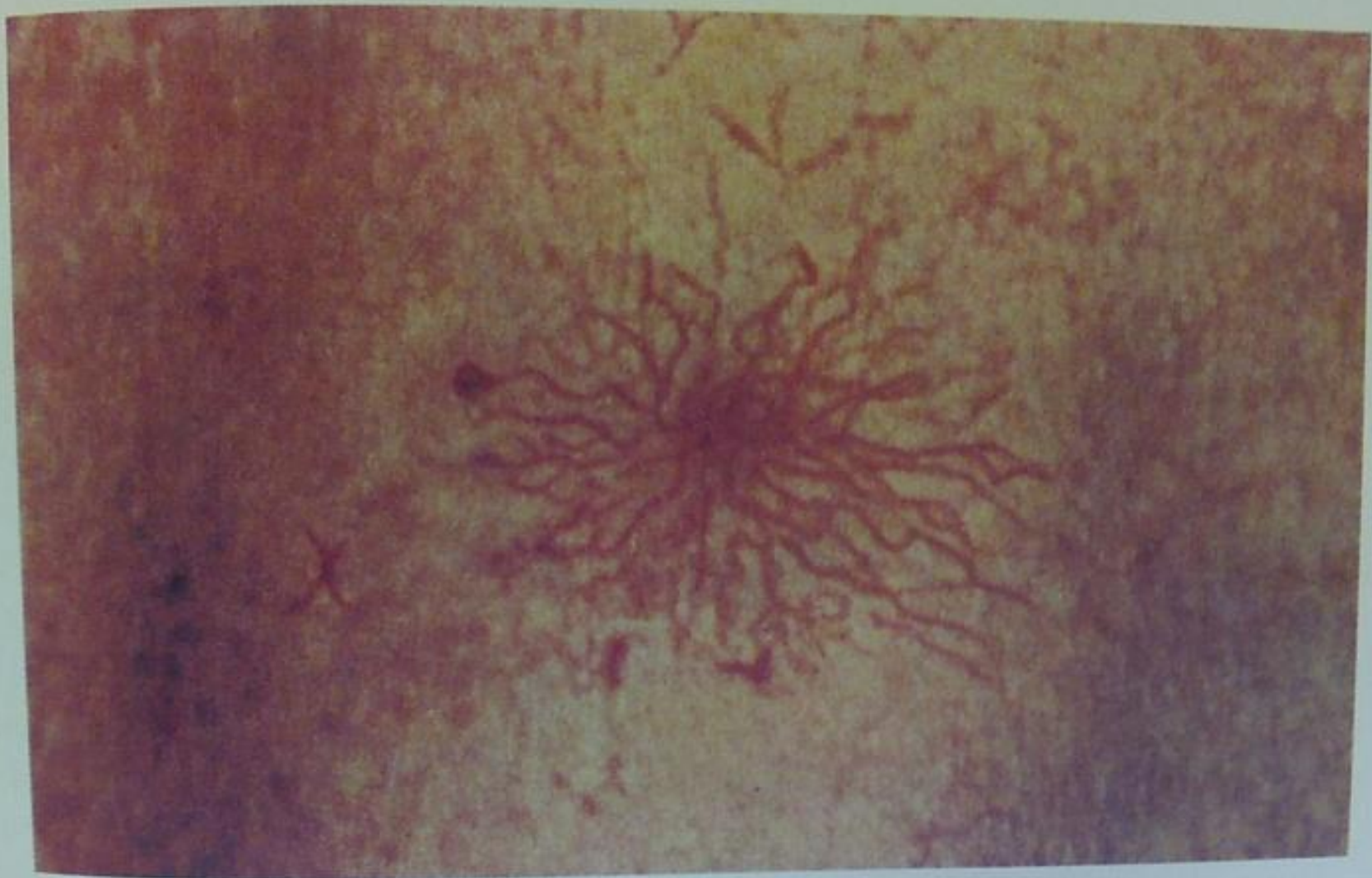


б





Асцит, набряклі підшкірні вени живота ("голова медузи"), випнутий пупок при цирозі печінки (адаптовано за Р. Хеггліним, 1965)



. Судинні зірочки при цирозі печінки —
синдром Епінгера—Чистовича

Обязательные исследования:

1. Стандартные биохимические методы исследования функционального состояния печени (АлАТ, АсАТ, ГГТ, ЩФ, билирубин общий и прямой, холестерин, мочевины, общий белок и белковые фракции);
2. Серологические маркеры вирусных гепатитов В, С, Д, G;
3. Глюкоза крови;
4. Коагулограмма, протромбиновый индекс;
5. Общий анализ крови;
6. Калий, натрий в сыворотке крови ;
7. Липидный профиль крови ;
8. Определение наличия антиядерных, антимитохондриальных, антигладкомышечных антител;

Дополнительные исследования :

1. Сцинтиграфия печени;
2. Пункционная биопсия и морфологические исследования:

Противопоказания к биопсии: наличие геморрагического синдрома и наличие лабораторных показателей, которые характеризуют состояние коагуляции, активность процесса, асцит.

3. Биохимическое, бактериологическое и цитологическое исследование асцитической жидкости.

Дифференциальный диагноз:

- Рак печени
- Констриктивный перикардит
- Альвеолярный эхинококкоз
- Амилоидоз печени

Лечение



В основе лечения цирроза печени лежит тот же принцип, что и при лечении хронического гепатита.

- Режим – щадящий, запрещаются физические и психические перенапряжения.
- Больным с выраженной активацией декомпенсированного процесса рекомендуется постельный режим.
- Диета - стол № 5. (по Певзнеру).
- При развитии энцефалопатии ограничивают употребление белка, при асците - кухонной соли.

Цирроз печени компенсированный

- Исключить алкоголь и гепатотоксические факторы.
- Сбалансированная диета №5 или №5а (при диспептическом синдроме).
- Больным с компенсированной и неактивными формами цирроза печени медикаментозное лечение, как правило, не назначают.
- При вирусном циррозе В проводят противовирусное лечение с целью улучшения вирусологических и биохимических показателей, стабилизации процесса в печени и предупреждения осложнений.
- При алкогольных циррозах - полный отказ от алкоголя.
- При первичном биллиарном циррозе - препараты урсодезоксихолевой кислоты длительное время, препараты, которые связывают желчные кислоты в кишечнике, препараты кальция, метаболиты.

Субкомпенсированный и декомпенсированный цирроз печени

1. Диета с ограниченным количеством белка (0,5 г/кг массы тела) и соли
2. Базисная терапия :
 - гепатопротекторы:
 - а) растительные препараты;
 - б) препараты эссенциальных фосфолипидов;
 - в) метаболические гепатопротекторы
3. Ферментные препараты при сопутствующем хроническом панкреатите и экзокринной панкреатической недостаточности

При наличии отечно – асцитического синдрома:

Мочегонные в виде монотерапии или комбинированного назначения .

Положительный диурез не должен превышать 500 мл за сутки. При рефрактерном асците – парацентез.

При бактериальном асците – перитоните

- Антибактериальные препараты

6. При наличии холестаза :

- Урсодезоксихолевая кислота (в течение 1-2 месяца), препараты кальция и жирорастворимых витаминов А, Е, Д, К.

7. При портальной гипертензии

- снижение портального давления путем назначения β -адреноблокаторов или нитратов.

8. При печеночной энцефалопатии:

- резкое ограничение белка в рационе до 40г в день, исключение белков животного происхождения;
- инфузионная терапия;
- с целью уменьшения образования аммиака в кишечнике - пробиотики, антибиотики;
- с целью стимулирования обезвреживания аммиака в печени и мышцах – препараты аминокислот.

Лечение осложнений

При кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка:

1. Гормональные препараты.
2. Гемостатическая терапия, препараты крови;
3. Ингибиторы протонной помпы.
4. Балонная тампонада (зондовым балоном Блекмора).
5. Эндоскопическое лечение (наложение лигатур на венозные узлы, если кровотечение продолжается – склеротерапия).
6. Удаление крови из ЖКТ с помощью промывания желудка через зонд ледяным изотоническим раствором хлорида натрия и очистительная клизма.

7. Хирургическое лечение
(при неэффективности консервативного
лечения).

8. Эфферентные методы лечения.

9. Трансплантация печени.

Средняя длительность лечения
– 1 мес. стационарно,
длительно - поддерживающая терапия.

Симптоматическая терапия
в амбулаторных условиях.

Рекомендации:

1. Первичная и вторичная профилактика
2. Длительная диета № 5
3. Отказ от алкоголя, приема гепатотоксических препаратов
4. Ограничение физической нагрузки