

Цирроз печени

Лекция профессора
кафедры внутренних болезней ТГМА
Смирновой Людмилы Евгеньевны

Определение

- Цирроз печени (ЦП) – диффузный воспалительный процесс в печени, характеризующийся нарушением структуры органа из-за развития фиброза и паренхиматозных узлов.

Распространённость

- Составляет 2-3% (на основании данных аутопсий); наблюдают в 2 раза чаще у мужчин старше 40 лет по сравнению с общей популяцией.
- ЦП занимает 1-е место среди причин смертности от болезней органов пищеварения (исключая опухоли).

Этиология

- Вирусные гепатиты (В, С, D)
- Алкоголь
- Иммунные нарушения: аутоиммунный гепатит, болезнь «трансплантат против хозяина»
- Заболевания желчных путей
- Болезни обмена веществ
- Нарушение венозного оттока из печени
- Лекарства, токсины, химикаты
- Инфекции: шистосомоз, бруцеллёз, сифилис
- Разные причины

Патогенез

- Прогрессирующий фиброз и перестройка структуры печени
- Развитие портальной гипертензии (препятствует нормальному кровотоку в печени)
- Формирование портокавальных анастомозов
- Одновременно с нарушением венозного кровообращения снижается артериальный кровоток

Профилактика ЦП

- Включает своевременное выявление состояний, способных приводить к развитию ЦП, и адекватную коррекцию обнаруженных нарушений

Скрининг

- Скрининга на выявление непосредственно ЦП не проводят. Выявляют заболевания и состояния, способные привести к ЦП.

Скрининг на вирусы гепатита В и С

- Исследование на анти-НСV, HBsAg, анти-НВс (у лиц с факторами риска хронических гепатитов)

Выживаемость больных существенно выше при интерферонотерапии

Скрининг на

злоупотребление алкоголем

- CAGE-тест, включает 4 вопроса:

1. Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?
2. Возникало ли у Вас чувство раздражения, если кто-нибудь из окружающих говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?

Скрининг (2)

3. Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?

4. Возникало ли у Вас желание принять спиртное на следующее утро после эпизода употребления алкоголя?

Положительный ответ > чем на 2 вопроса –
подозрение на алкогольную зависимость

Скрининг (3)

- Из лабораторных признаков маркёры злоупотребления алкоголем:
 - преобладающее повышение АСТ по сравнению с АЛТ;
 - повышение ГГТП, IgA;
 - увеличение среднего объёма эритроцитов.

Скрининг при использовании гепатотоксичных препаратов (метотрексат, амиодарон)

- Определяют активность АЛТ и АСТ каждые 1-3 мес.

Указанные препараты при длительном применении могут приводить к ЦП

Скрининг для выявления НЖБП

- Факторы риска – СД 2-го типа, ожирение, гиперлипидемия, отношение активности АСТ/АЛТ выше 1,0; риск возрастает у пациентов старше 45 лет.
- Всем пациентам из группы риска следует провести УЗИ печени для выявления стеатоза.

Классификация по Чайлду-Пью

Класс	А	В	С
Показатель	1 балл	2 балла	3 балла
Энцефалопатия	0	I-II	III-IV
Асцит	нет	мягкий	напряжённый
Билирубин (мкмоль/л)	менее 34	34-51	более 51
Альбумин, г/л	более 35	28-35	менее 28
Протромбиновый индекс (%)	> 60	40-60	< 40

Классификация по Чайлду-Пью (2)

- Каждый показатель оценивают в баллах (соответственно 1, 2 или 3 балла)
 - класс А (компенсированный) – 5-6 баллов;
 - класс В (субкомпенсированный) – 7-9;
 - класс С (декомпенсированный) – 10-15.

Диагностика (1)

- Предположить диагноз ЦП позволяют клинико-анамнестические данные, подтвердить – результаты лабораторно-инструментального обследования.

Диагностика (2)

Дополнительно оценивают:

- Состояние основных функций печени: синдромы цитолиза, холестаза, геморрагический; белково-синтетическую функцию
- Синдром гиперспленизма
- Синдром портальной гипертензии
- Асцит
- Оценка психического статуса

Диагностика (3)

Анамнез и физикальные данные

- Общая симптоматика: сонливость, слабость, утомляемость, зуд кожи
- Изменения печени и селезёнки
- Желтуха
- Затруднение дыхания
- Геморрагический синдром
- Асцит, портальная гипертензия
- Прочие признаки

Диагностика (4)

Прочие признаки

- Телеангиоэктазии
- Ладонная эритема
- Атрофия яичек/аменорея
- Отёки ног (при асците)
- Контрактура Дюпюитрена
- «Барабанные палочки»
- Атрофия скелетной мускулатуры и др.

Осложнения ЦП

- Асцит
- Спонтанный бактериальный перитонит
- Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка
- Печёночная энцефалопатия
- Гепаторенальный синдром
- Тромбоз воротной вены

Печёночная энцефалопатия

Стадия	Изменения психического статуса
0	Отсутствуют
I	Нарушение ритма сна, снижение внимания, концентрации, тревожность, раздражительность
II	Неадекватное поведение, заторможенность, смазанная речь
III	Дезориентация в пространстве и времени, гиперрефлексия, патологические рефлексy, сопор
IV	Отсутствие сознания, кома

Лабораторные исследования обязательные (1)

- Общий анализ крови, мочи, копрограмма
- Биохимическое исследование крови:
АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, общий белок и протеинограмма, общий билирубин, глюкоза, мочевины и креатинин, натрий и калий
- Коагулограмма, группа крови, резус-фактор
- Содержание в крови IgA, IgM, IgG

Лабораторные исследования обязательные (2)

- Маркёры вирусов гепатита: HBsAg, HBeAg, анти-HBc IgM, анти-HBc IgG, HBV ДНК, анти-HCV, HCV РНК, определение вирусной нагрузки HCV, определение генотипа HCV, анти-HDV, HDV РНК

Инструментальные исследования обязательные

- УЗИ органов брюшной полости
- ФЭГДС
- Биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата
- Исследование асцитической жидкости

Инструментальные исследования дополнительные

- КТ, МРТ органов брюшной полости: печени, селезёнки, поджелудочной железы и почек — при необходимости для уточнения диагноза

Дифференциальный диагноз (1)

- Обструкция желчевыводящих путей
- Алкогольный гепатит
- Токсическое воздействие ЛС и др. веществ
- Вирусные гепатиты
- Аутоиммунный гепатит
- Первичный билиарный цирроз
- Первичный склерозирующий холангит
- Неалкогольная жировая болезнь печени

Дифференциальный диагноз (2)

- Врождённая патология: наследственный гемохроматоз, болезнь Уилсона-Коновалова, недостаточность α_1 -антитрипсина
- Застой в печени при ХСН
- Холестаз
- Обструктивные нарушения в системе печёночной вены (синдром Бадда-Киари)
- Криптогенный цирроз печени

Цели лечения

- Прекращение или замедление прогрессирования ЦП
- Уменьшение или устранение клинических проявлений и осложнений ЦП
- Повышение качества и продолжительности жизни больных с ЦП

Мероприятия по лечению

- Лечение основного заболевания
- Поддержка оптимального нутритивного статуса
- Предупреждение развития осложнений
- Лечение развившихся осложнений

Показания к госпитализации

- Признаки декомпенсации (классы В и С)
- При подозрении на кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка
- При наличии печёночной энцефалопатии III-IV стадии (иногда II стадии)
- При развитии осложнений асцита
- При развитии на фоне ЦП почечной недостаточности

Лекарственная терапия (1)

базисная

- Нормализация состава кишечных бактерий
 - ципрофлоксацин, метронидазол, фталазол, сульгин, интетрикс, эрсефурил, бактисубтил;
 - дюфалак (5-10 мл 1-2 раза в сут., 2-4 нед);
 - пробиотик (бифиформ, лактобактерин, бифидумбактерин форте и др.)
- УДХК (урсосан 250 мг 2-3 раза/сут). Ферменты.
- Дезинтоксикационные средства (5% р-р глюкозы 400-500 мл + 5% р-р аскорб. к-ты 2-4 мл и р-р альбумина 10-20%)

Лекарственная терапия (2)

- Специфическая противовирусная терапия:
 - интерферон альфа по 9-10 МЕ 3 раза в нед. 4-6 мес или ламивудин 100 мг/сут 1 год
(ЦП после ХГ В, класс А по Чайлду-Пью);
 - ламивудин 100 мг/сут 1 год и более
(класс В или С);
 - интерферон альфа по 3 МЕ 3 раза в нед. 6-12 мес с рибавирином по 1000-1200 мг/сут
(ЦП вследствие ХГ С, класс А)

Лекарственная терапия (3)

- Симптоматическая терапия:
 - для уменьшения кожного зуда – холестирамин 1-4 г внутрь перед каждым приёмом пищи;
 - диуретики: спиронолактон, фуросемид;
 - симпатолитики (пропранолол);
 - вазоконстрикторы (вазопрессин);
 - вазодилаторы (нитраты, клонидин, верапамил);
 - прокинетики (метоклопромид).

Диспансеризация

- Осмотр больных терапевтом, гастроэнтерологом – 4 раза в год. При отсутствии отрицательной динамики – 2 раза в год
- Клинический анализ крови с подсчётом тромбоцитов, биохимическое исследование крови – 2-4 раза в год, по показаниям чаще

Прогноз (1)

- ЦП в стадии компенсации: 10-летняя выживаемость – 47%
- При декомпенсации: 5-летняя выживаемость – 16%
- Ухудшают прогноз: желтуха, стойкая артериальная гипотензия, рефрактерный асцит, значительное снижение альбумина

Прогноз (2)

- Через 5 лет после установления диагноза среди больных с алкогольным ЦП выживает 70% (при исключении алкоголя), с вирусным ЦП – 30%
- 10-летняя выживаемость при аутоиммунном гепатите составляет в среднем 93%