Цирроз печени

Симптомы

Для цирроза характерны общие симптомы: слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе, запах ментола из ротовой полости, диспепсические расстройства, повышение температуры тела, боли в суставах, также отмечаются метеоризм, боль и чувство тяжести в верхней половине живота, похудение, астения. При осмотре выявляется увеличение печени, уплотнение и деформация её поверхности, заострение края. Сначала отмечается равномерное умеренное увеличение обеих долей печени, позднее как правило преобладает увеличение левой доли. Портальная гипертензия проявляется умеренным увеличением селезёнки.

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами печёночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Имеют место вздутие живота, плохая переносимость жирной пищи и алкоголя, тошнота, рвота, диарея, чувство тяжести или боль в животе (преимущественно в правом подреберье). В 70 % случаев обнаруживается гепатомегалия, печень уплотнена, край заострён. У 30 % больных при пальпации выявляется узловатая поверхность печени. Спленомегалия у 50 % больных.

Субфебрильная температура, возможно, связана с прохождением через печень кишечных бактериальных пирогенов, которые она не в состоянии обезвредить. Лихорадка резистентна к антибиотикам и проходит только при улучшении функции печени.

Могут быть внешние признаки — пальмарная или плантарная эритема, сосудистые звёздочки, скудный волосяной покров в подмышечной области и на лобке, белые ногти, гинекомастия у мужчин вследствие гиперэстрогенемии. В ряде случаев пальцы приобретают вид «барабанных палочек».

Осложнения

- печёночная кома
- кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
- тромбоз в системе воротной вены
- гепаторенальный синдром
- формирование рака печени — гепатоцеллюлярной карциномы
- инфекционные осложнения — пневмонии, «спонтанный» перитонит при асците, сепсис

Классификация

Этиологическая классификация

Различают следующие формы цирроза[6]:

- вирусный
- алкогольный
- лекарственный
- вторичный билиарный
- врождённый, при следующих заболеваниях:
- застойный (недостаточность кровообращения)
- болезнь и синдром Бадда-Киари
- обменно-алиментарный, при следующих состояниях:
- цирроз печени неясной этиологии

Шкала оценки тяжести печёночной недостаточности по Чайлду — Пью

Параметр	**Баллы**		
	1	**2**	**3**
Асцит	Нет	Мягкий, легко поддаётся лечению	Напряжённый, плохо поддаётся лечению
Энцефалопатия	Нет	Лёгкая (I—II)	Тяжёлая (III—IV)
Билирубин, мкмоль/л(мг%)	менее 34 (2,0)	34—51 (2,0—3,0)	более 51 (3,0)
Альбумин, г/л	более 35	28—35	менее 28
ПТВ, (сек) или ПТИ (%)	1—4 (более 60)	4—6 (40—60)	более 6 (менее 40)

Система критериев SAPS

В последние годы для определения прогноза у пациентов в момент развития желудочно-кишечного кровотечения, комы, сепсиса и других осложнений используется система критериев SAPS, включающая основные физиологические параметры. В стратификации имеют значение: возраст, ЧСС,

ЧДД,
систолическое АД, диурез, гематокрит, лейкоциты крови, мочевина, калий, натрий, и бикарбонаты плазмы, а также стадия печёночной комы[6].

Критерии оценки по системе SAPS

Критерий	Баллы								
	4	**3**	**2**	**1**	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Возраст, годы					≤45	46-55	56-65	66-75	>75
ЧСС в минуту	≥180	140—179	110—139		70-109		55-69	40-54	<40
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	≥190		150—189		80-149		55-79		<55
Температура тела, ºС	≥41	39,0-40,9		38,5-38,9	36,0-38,4	34,0-35,9	32,0-33,9	30,0-31,9	<30
Частота дыхательных движений в минуту	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9	ИВЛ или ППДВ	<6
Количество мочи, л/сут			≥5,00	3,50-4,99	0,70-3,49		0,50-0,69	0,20-0,49	<0,2
Мочевина крови, ммоль/л	≥55	36−54,9	29−35,9	7,5−28,9	3,5−7,4	<3,5			
Гематокрит, %	≥60,0		50,0-59,9	46,0-49,9	30,0-45,9		20,0-29,9		<20,0
Количество лейкоцитов, $\times 10^9$/л	≥40		20,0-39,9	15,0-19,9	3,0-14,9		1,0-2,9		<1

Глюкоза крови, ммоль/л	≥44,4	27,8-44,3		13,9-27,7	3,9-13,8		2,8-3,8	1,6-2,7	<1,6
Калий крови, мэкв/л	≥7,0	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Натрий крови, мэкв/л	≥180	161—179	156—160	151—155	130—150		120—129	110—119	<110
HCO_3, мэкв/л		≥40		30,0-39,9	20,0-29,9	10,0-19,9		5,0-9,9	<5,0
Шкала Глазго, баллы					13-15	10-12	7-9	4-6	3

ППДВ — постоянное положительное давление воздуха.

Лечение

Лечение цирроза печени заключается в употреблении лекарственных препаратов и строгом соблюдении диеты, однако сформировавшийся цирроз печени необратим: печень в таком состоянии вылечить невозможно, единственный способ спасти жизнь пациенту — трансплантация печени.

Профилактические мероприятия.

- предупреждение заражения острым вирусным гепатитом
- отказ от алкоголя
- защита от гепатотоксических препаратов

Диета.

Диета при ЦП должна быть полноценной, содержащей 70—100 г белка (1—1,5 г на 1 кг массы тела), 80—90 г жиров (из них 50 % — растительного происхождения), 400—500 г углеводов. Необходимо учитывать привычки больного, переносимость продуктов и сопутствующие заболевания органов пищеварения. Исключаются химические добавки, консерванты и токсические ингредиенты. Диета модифицируется при наличии осложнений портальной гипертензии (отечно-асцитический, гепаторенальный синдром, печёночная энцефалопатия и др.)[7].

Урсодезоксихолевая кислота

Для восполнения дефицита жёлчных кислот в кишечнике, вызванного билиарной недостаточностью, целесообразно применять урсодезоксихолевую кислоту (УДХК). Дозировка — 10-15 мг на 1 кг веса пациента 1 раз в день на

Гепатит

Клинические аспекты гепатитов

Выделяют две основные формы клинического течения гепатитов: *острую* и *хроническую*.

Острая форма

Острая форма течения наиболее характерна для гепатитов вирусной природы, а также для гепатитов, вызванных отравлениями, в том числе сильными ядами. При острой форме развития гепатита наблюдается заметное ухудшение общего состояния больного, развития признаков общей интоксикации организма и нарушения функции печени (повышение температуры тела, в ряде случаев развитие желтухи и др.), а также повышение уровня трансаминаз и общего билирубина крови. Острый гепатит, как правило, заканчивается полным выздоровлением больного, однако в некоторых случаях наблюдается переход острого течения болезни в хроническое.

Хроническая форма

Хроническая форма может развиваться самостоятельно (например, при хроническом отравлении этиловым спиртом), или продолжать развитие острого гепатита (вирусный гепатит B, D). Клиническая картина при хроническом гепатите бедная, заболевание долгое время протекает бессимптомно. Характерно стойкое увеличение размеров печени, тупые боли в правом подреберье, непереносимость жирной пищи и др. При хроническом гепатите клетки печени постепенно замещаются соединительной тканью, так что в большинстве случаев нелеченный хронический гепатит ведёт к развитию цирроза печени. Пациенты, страдающие хроническим гепатитом, подвержены высокому риску развития первичного рака печени. Хронические вирусные гепатиты B, C, D в ряде случаев поддаются противовирусной терапии. Лечение проводится опытным инфекционистом-гепатологом.

1. Инфекционный (вирусный) гепатит:

- Гепатит A. Гепатит B Гепатит C Гепатит D Гепатит E Гепатит F Гепатит G Гепатиты как компонент: жёлтой лихорадки, цитомегаловирусной инфекции, краснухи, эпидемического паротита, инфекции вируса Эпштейна — Барр, разнообразных инфекций герпеса, лихорадки Ласса, СПИДа.

2. Токсический гепатит:

- Алкогольный гепатит
- Лекарственный гепатит
- Гепатиты при отравлении различными химическими веществами

3. Лучевой гепатит (компонент лучевой болезни)

4. Аутоиммунный гепатит

5. **Ишемический гепатит**

Диффузное поражение печени, вызванное неадекватным поступлением крови или кислорода.

Вирусные гепатиты

Гепатит А Гепатит А (болезнь Боткина) вызывает РНК-содержащий вирус гепатита А из семейства *Picornaviridae*. Заболевание передаётся алиментарным путём. Вирус попадает в организм человека с загрязнёнными продуктами питания, водой, предметами обихода. Основным источником инфекции служат больные с безжелтушными формами болезни (протекают без желтухи). Вирус выделяется с калом больного в инкубационный период и в начале болезни.

Различают:

- острую (желтушную) форму,
- подострую (безжелтушную) и
- субклиническую форму болезни (клинические проявления почти отсутствуют).

Основными симптомами являются: общее недомогание, лихорадка, боли в мышцах, рвота, диарея, тупые боли в правом подреберье, увеличение печени, тёмная окраска мочи. Может быть желтушная окраска кожи и слизистых оболочек, однако это встречается не всегда.

Гепатит В

Гепатит В вызывает ДНК-содержащий Вирус гепатита В из семейства *Hepadnaviridae*, и провоцирует как острые, так и хронические формы гепатита.

Инкубационный период может продлиться от 50 до 180 дней. Клинические проявления гепатита В во многом схожи с таковыми при гепатите А. Чаще всего развивается *желтушная форма*. Больные жалуются на расстройство пищеварения, боли в суставах, слабость. В некоторых случаях на коже появляются зудящие высыпания. Желтуха нарастает параллельно с ухудшением самочувствия больного. Наиболее часто регистрируются *среднетяжёлые* и *тяжёлые формы* болезни. По сравнению с гепатитом А, при гепатите В чаще нарушение функций печени носит более выраженный характер. Чаще развивается холестатический синдром, обострение, затяжное течение, а также рецидивы болезни и развитие печёночной комы. Острая форма гепатита В примерно у 10 % пациентов переходит в *хроническую активную* или *хроническую персистирующую формы*, что со временем ведёт к развитию цирроза печени. После перенесённого заболевания развивается длительный иммунитет. В целях профилактики проводят плановую вакцинацию населения.

Существуют экспресс-тесты, позволяющие проводить обследования на гепатит В в лабораторных условиях или дома с помощью тест-полосок. Иммунохроматографический экспресс-тест, выявляющий антитела к гепатиту В, — надёжное и безопасное средство, способное за 10—15 минут

диагностировать наличие или отсутствие заболевания. Материалом для исследования служит кровь из пальца руки. В случае определения заболевания на индикаторе теста появляется 2 фиолетовые полоски. Отрицательный результат — одна полоска в контрольной зоне. Одна полоска в тестовой зоне или их полное отсутствие говорит о том, что анализ необходимо сделать повторно и с новым индикатором.

Гепатит С

Гепатит С вызывает РНК-содержащий вирус гепатита С (HCV) семейства *Flaviviridae*. На данный момент различают 11 основных генотипов вируса гепатита С: 1a, 1b, 1c; 2a, 2b, 2c; 3a, 3b; 4a, 4b, 4c, 4d, 4e; 5a; 6a; 7a, 7b; 8a, 8b; 9a; 10a; 11a.

Гепатит С (ранее назывался «гепатит ни А, ни В», а в настоящее время описывается как системная HCV-инфекция) передаётся при контакте с заражённой кровью. Гепатит С может приводить к развитию хронического гепатита, завершающегося циррозом печени и раком печени.

В клинической картине хронического гепатита С наиболее характерен астенический синдром: слабость, быстрая утомляемость, прогрессирующее снижение трудоспособности, нарушение сна.

Токсические гепатиты

Наиболее часто лекарственный гепатит может быть вызван следующими лекарственными препаратами:

- Метилдопа Кетоконазол Антибиотики группы тетрациклинов, Кларитромицин Нифедипин Ибупрофен, Индометацин Амиодарон Гормональные контрацептивы Аллопуринол Азатиоприн

Аутоиммунные гепатиты

Международной группой по изучению аутоиммунного гепатита выделены признаки, которые делают диагноз аутоиммунного гепатита «определённым» или «вероятным». В пользу аутоиммунного гепатита свидетельствуют:

- женский пол; повышенный уровень сывороточных аминотрансфераз (АСТ и АЛТ); низкий уровень щелочной фосфатазы (ЩФ); гипергаммаглобулинемия с повышением IgG сыворотки; положительные антинуклеарные антитела (АНА); антитела к гладкой мускулатуре (АГМ); отсутствие в сыворотке крови маркеров вирусных инфекций; отрицание больным злоупотребления алкоголем; отсутствие указаний на переливание крови или применение гепатотоксичных лекарственных средств в анамнезе.