

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

***НИР по производственной практике «Помощник врача
стационара»***

на тему

«Цирроз печени»

Выполнил: Гулакян М.В.

студент 4 курса 5 группы
педиатрического факультета

Проверил: к.м.н., доцент

Павел Робертович Ягупов

3 

Волгоград, 2018 г

Оглавление

1. Введение	3
2. Этиология	4
3. Симптомы сыпоза переноси	5
4. Иммуноаллергический кератоз	7
5. Формы	8
6. Причины	10
7. Диагностика	11
8. Лечение	14
9. Осложнения	16
10. Профилактика	17
11. Дополнительно	18
12. Литература	19

Этиология.

Чаще всего ЦП является исходом (конечной стадией) хронических вирусных гепатитов В, С и D, существенно реже — аутоиммунного гепатита. Причиной ЦП, кроме инфицирования гепатотропными вирусами и аутоиммунного процесса, могут быть длительное злоупотребление алкоголем (алкогольный цирроз), воздействие на печень токсических веществ в быту и на производстве (тяжелые металлы, хлорированные углеводороды и нафталины, бензол и его производные и др.), применение некоторых лекарственных средств (цитостатические, наркотические, гормональные противозачаточные препараты, гепатотоксические антибиотики и др.), генетически обусловленные нарушения обмена железа и меди, заболевания желчевыводящих путей. В ряде случаев не удается выявить причину этого заболевания, в том числе при билиарном циррозе печени, который чаще поражает молодых женщин и характеризуется прогрессирующим поражением мелких внутрипеченочных желчных протоков, воспалительным процессом с некрозом, регенерацией желчевыводящих путей и крупноузловым перерождением печени

ВВЕДЕНИЕ

Цирроз печени (ЦП) представляет собой финальную стадию многих хронических заболеваний печени. Термин «цирроз» впервые был введен в 1826 году Лаэннеком, и произошел от греческого *schirrus*, что означает «оранжевый» или «цвет загара» – цвет печени при циррозе во время аутопсии. Ряд заболеваний печени протекает с развитием фиброза, что определяется как избыточное отложение различных компонентов экстрацеллюлярного матрикса (коллагена, гликопротеинов, протеогликанов) в печени. Такой ответ на повреждение печени, как правило, является обратимым. Цирроз же, напротив, является процессом необратимым, т.к., помимо фиброза, имеет признаки перестройки структуры печени. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), цирроз печени – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов. Время прогрессирования поражения печени от стадии гепатита до развития цирроза может быть различной: от нескольких недель до десятков лет. Цирроз печени – довольно распространенное заболевание, особенно у мужчин в возрасте 18–65 лет. Среди причин смертности от болезней органов пищеварения (исключая опухоли) цирроз печени занимает первое место. В США ежегодно от ЦП и хронических заболеваний печени умирает 35 тысяч человек.

Симптомы цирроза печени

Симптомы цирроза печени зависят от степени активности заболевания.

Общие признаки цирроза печени.

- Астенический синдром:
 - снижение работоспособности;
 - повышенная утомляемость, слабость, сонливость днем;
 - снижение аппетита;
 - подавленное настроение.
- Кахексия (истощение), снижение массы тела.
- Невысокая гипер-гамма-глобулинемия (умеренное повышение гамма-глобулинов (специфических белков иммунной системы) в крови — норма 8,0-13,5 г/л).
 - Коэффициент Де Ритиса (отношение аспартатаминотрансферазы к аланинаминотрансферазе – специфические биологически активные вещества, участвующие в обмене веществ и нормальной функции печени). В норме этот коэффициент менее 1.
 - Артериальная гипотония (снижение « верхнего» артериального давления ниже 100 мм рт. ст.).

Печеночные признаки.

- Синдром « малых» печеночных признаков (синдром печеночно-клеточной недостаточности):

- телеангиоэктазии (сосудистые « звездочки» на лице и теле);
- пальмарная (на ладонях) и/или плантарная (на подошвах стоп) эритема (покраснение кожи);
- общая феминизация облика (мужчина приобретает часть очертаний и внешнего вида женщины: отложение жира на бедрах и на животе, тонкие конечности), скудное оволосение в подмышечной области и на лобке, гинекомастия (образование и увеличение молочных желез у мужчины), атрофия яичек (уменьшение объема ткани яичек, расстройство их функции), импотенция (расстройство половой и эректильной функции (эрекции) у мужчин, невозможность совершить нормальный половой акт);
- гипертрофия околоушных слюнных желез (симптом « хомячка»);
- расширенная капиллярная сеть на лице (симптом « долларовой» купюры, красное лицо);
- склонность к образованию « синяков»;
- контрактура Дюпюитрена (безболезненный подкожный тяж) деформация и укорочение сухожилий ладони, приводящее к ограничению функции ладони и ее сгибательной деформации);
- желтушная окраска кожи, слизистых оболочек полости рта и склер (белых оболочек глазного яблока);
- лейконихии (мелкие белые полосы на ногтях);
- симптомы « барабанных палочек» (увеличение размеров кончиков пальцев рук, отчего их внешний вид похож на барабанные палочки) и « часовых стекол» (увеличение размеров и округлое изменение ногтевых пластин).
- Синдром портальной гипертензии:
 - увеличение селезенки;
 - асцит (свободная жидкость в брюшной полости);
 - варикозное (деформационное) расширение вен пищевода (выносящих кровь от пищевода);
 - расширение параумбиликальных (находящихся в области пупка) вен – симптом « головы медузы» (характерный венозный рисунок на животе, в виде расходящихся в разные от пупка стороны синих вен);
 - варикозное расширение верхних прямокишечных вен (выносящих кровь от верхней части прямой кишки).

Инкубационный период

Развитие цирроза происходит постепенно и зависит от течения вызвавшего его заболевания и лечения. Этот процесс может занимать от года (при тяжелых формах вирусных гепатитов (острое воспаление печени, вызываемое вирусами В, С, D)) до нескольких десятков лет (при хроническом гепатите (хроническое воспаление печени)).

Формы

В зависимости от причины, вызвавшей цирроз, выделяют несколько форм заболевания.

- **Билиарный цирроз** – повреждение печени вызвано нарушением оттока желчи. Развивается постепенно, симптомы умеренно выражены.
- **Алкогольный цирроз** – наиболее частой причиной развития цирроза в настоящее время является алкогольный гепатит (воспаление печени). Скорость развития цирроза печени при алкогольном гепатите зависит от частоты запоев, количества употребляемого спиртного и вида напитка (его крепости) и может варьироваться от нескольких лет до нескольких десятков лет.
- **Вирусный цирроз** – развитие цирроза вследствие перенесенных вирусных гепатитов (В, С, D) — острое воспаление ткани печени, вызываемое разными вирусами: вирусом гепатита В, вирусом гепатита С, вирусом гепатита D.
- **Лекарственный цирроз** (возникает при длительном и бесконтрольном приеме лекарств, особенно гепатотоксичных (повреждающих печень) – антибиотиков, противотуберкулезных препаратов, обезболивающих, а также наркотиков). Развивается достаточно медленно.
- **Застойный цирроз** – при нарушении кровоснабжения печени, чаще вследствие портальной гипертензии (повышения давления в воротной вене – главной вене печени). Скорость развития этой формы цирроза зависит от выраженности застоя в печени и обычно составляет 10 – 15 лет.

По тому, как печень, пораженная циррозом, справляется со своими функциями в организме, выделяют:

- **компенсированный цирроз** (изменения в печени есть, но симптомы заболевания отсутствуют);
- **субкомпенсированный цирроз** (постепенное появление клинических симптомов (ухудшение общего самочувствия, потемнение мочи, кровоточивость десен, появление «сосудистых звездочек» на лице и теле));
- **декомпенсированный цирроз** (развитие печеночной недостаточности – состояния, при котором печень не выполняет полноценно свои функции в организме (обезвреживание ядовитых веществ, образование белков, образование и выделение желчи)). При декомпенсированном циррозе появляется асцит (скопление жидкости в брюшной полости), возникают кровотечения из вен пищевода и желудка, нарушается работа головного мозга.

По характеру поражения ткани печени выделяют цирроз:

- **мелкоузловой** (небольшие очаги рубцовой ткани в печени);
- **крупноузловой** (крупные очаги рубцовой ткани в печени);
- **смешанный** (рубцовые узлы разных размеров)

Причины

- Вирусные гепатиты (В, С, D) — острое воспаление ткани печени, вызываемые: вирусом гепатита В, вирусом гепатита С, вирусом гепатита D.
- Алкоголь. Почти всегда развитию алкогольного цирроза предшествует употребление алкоголя в течение более 10 лет.
- Иммунные нарушения:
 - аутоиммунный гепатит (заболевание, при котором иммунная система организма начинает атаковать собственные клетки печени);
 - первичный билиарный цирроз (аутоиммунное поражение желчных протоков).
- Заболевания желчных путей:
 - внепеченочная обструкция (закупорка) желчных путей;
 - первичный склерозирующий холангит (воспаление и образование рубцовой ткани в желчных путях);
 - желчнокаменная болезнь (образование камней в желчном пузыре).
- Токсический гепатит (поражение ткани печени в результате действия лекарственных препаратов, ядов, токсинов, химикатов).
- Портальная гипертензия (повышение давления в главной вене печени — воротной).
- Синдром Бадда-Киари (возникновение венозного застоя в печени).
- Некоторые наследственные заболевания (к примеру, болезнь Вильсона-Коновалова (заболевание, при котором в печени накапливается медь из-за дефекта в ее обмене веществ)).

Диагностика

- Анализ анамнеза заболевания и жалоб (когда (как давно) появились и были ли боли в животе, сонливость, слабость, повышенная утомляемость, возможные кровотечения, зуд кожи, отечность ног, с чем пациент связывает возникновение симптомов).
- Анализ анамнеза жизни (были ли заболевания печени, отравления, операции, другие заболевания желудочно-кишечного тракта (какие именно), каков характер стула (цвет, консистенция, запах), есть ли у пациента вредные привычки, какие условия труда и быта).
- Анализ семейного анамнеза (наличие у родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта: желчнокаменной болезни (образование камней в желчном пузыре, гепатитов (воспаление печени)).
- Осмотр. При осмотре пациента определяется болезненность живота при его пальпации (прощупывании) чаще в верхних отделах живота, над пупком справа, определение свободной жидкости в брюшной полости, желтушность кожи, белков глаз, возможен «печеночный запах» изо рта.
- Оценка психического состояния человека для своевременной диагностики печеночной энцефалопатии (заболевания, развившегося в результате токсического (отравляющего) действия продуктов распада нормальных клеток печени на мозговую ткань и нарушения циркуляции крови).
- Лабораторные методы исследования.
 - Клинический анализ крови (для выявления возможной анемии (малокровия), лейкоцитоза (повышения лейкоцитов (белых клеток крови, клеток иммунной системы) в крови при воспалительных заболеваниях).

- Биохимический анализ крови (для контроля функции печени, поджелудочной железы, содержания важных микроэлементов (калий, кальций, натрий) в крови).
- Биохимические маркеры (показатели) фиброза печени – PGA-индекс:
 - протромбиновый индекс (показатель свертываемости крови) (P) – при фиброзе снижается;
 - гамма-глутамилтранспептидаза (биологически активное вещество, в норме участвующее в молекулярных реакциях в ткани печени) (G) – при фиброзе повышается;
 - алипопротеин A1 (белок крови, отвечающий за транспортировку холестерина (продукт обмена веществ и жиров) в организме) (A) – при фиброзе снижается.
 - Значения PGA колеблются от 0 до 12. Если $PGA < 2$, вероятность цирроза (конечная стадия болезни печени) равна нулю. Если $PGA > 9$, то вероятность цирроза составляет 86%.
- Коагулограмма — оценка состояния свертывающей (препятствующей возникновению кровотечения) системы крови: у больных фиброзом свертываемость будет в норме либо слегка снижена.
- Антимитохондриальные антитела (показатели, характерные для аутоиммунной (заболевание, при котором иммунная система организма начинает атаковать собственные клетки печени) природы цирроза печени).
- Антигладкомышечные антитела (показатели, выявляемые при повреждении гладких мышц организма, характерные для аутоиммунной природы цирроза печени).
- Антинуклеарные антитела (показатели, характерные для разрушения структуры ядер клеток, при их аутоиммунном повреждении).
- Общий анализ мочи (для контроля состояния мочевыводящих путей и органов мочеполовой системы).
- Анализ крови на присутствие вирусных гепатитов.
- Копрограмма – анализ кала (можно обнаружить непереваренные фрагменты пищи, жира, грубые пищевые волокна).
- Анализ кала на яйца глист (круглые черви аскариды, острицы) и организмы царства простейших (амебы, лямблии).
- Степень тяжести цирроза печени оценивается по шкале Чайлд-Пью по нескольким критериям:

- уровень билирубина крови (продукта распада эритроцитов (красных клеток крови));
- уровень сывороточного альбумина (самых мелких белков);
- протромбиновый индекс (один из показателей свертываемости крови);
- наличие асцита (свободной жидкости в брюшной полости);
- печеночная энцефалопатия (повреждение головного мозга веществами, в норме обезвреживаемыми печенью).
- В зависимости от степени выраженности отклонений от нормы данных критериев устанавливается класс цирроза печени:
 - А — компенсированный (то есть возмещенный — приближенный к норме) цирроз печени;
 - В — субкомпенсированный (то есть не полностью возмещенный) цирроз печени;
 - С — декомпенсированный (то есть с глубокими необратимыми нарушениями деятельности печени) цирроз печени.
- Инструментальные методы исследования.
 - Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости для оценки состояния желчного пузыря, желчевыводящих путей, печени, поджелудочной железы, почек, кишечника. Позволяет обнаружить очаги рубцовой ткани в печени.
 - Эзофагогастродуоденоскопия — диагностическая процедура, во время которой врач осматривает и оценивает состояние внутренней поверхности пищевода (для выявления патологически (ненормально) расширенных вен), желудка и двенадцатиперстной кишки при помощи специально оптического инструмента (эндоскопа).
 - Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости для более детальной оценки состояния печени, выявления труднодиагностируемой опухоли, повреждения, характерных узлов в ткани печени.
 - Биопсия печени — микроскопическое исследование ткани печени, полученной при помощи тонкой иглы под контролем УЗИ, позволяет поставить окончательный диагноз, исключить опухолевый процесс.
 - Эластография — исследование ткани печени, выполняемое с помощью специального аппарата для определения степени фиброза печени. Является альтернативой биопсии печени.
- Возможна также консультация гастроэнтеролога.

Лечение циррозов печени основывается на разделении на классы поражения печени.

- **Класс А** – амбулаторное лечение (в поликлинике).
- **Класс В** – амбулаторное лечение/госпитализация.
- **Класс С** – госпитализация.

В лечении применяют несколько методов терапии.

- **Этиотропное (воздействие на причину цирроза) лечение:**
 - противовирусная терапия – приме противовирусных препаратов (при вирусном гепатите(воспалении печени));
 - отказ от употребления алкоголя, избавление от алкогольной зависимости;
 - отмена лекарственного вещества, вызвавшего повреждение печени.
- **Патогенетическое (воздействующее на процессы в организме, протекающие при циррозе):**
 - удаление избытка меди (при болезни Вильсона-Коновалова — заболевание, при котором в печени накапливается медь из-за дефекта в ее обмене веществ);

- иммунодепрессивная терапия (снижающая реакцию иммунной системы на клетки печени);
- лечение холестаза (застоя желчи в желчных путях) желчегонными препаратами.
- Симптоматическое (воздействие на причины симптомов, проявляющихся при циррозе). Лечение:
 - печеночной энцефалопатии (повреждение головного мозга веществами, в норме обезвреживаемыми печенью) диетотерапией (снижение белка и повышение растительных продуктов в рационе) и антибактериальными препаратами;
 - синдрома портальной гипертензии (повышения давления в системе воротной вены – комплексной венозной структуры, участвующей в циркуляции крови и обменных процессах в печени) диуретическими препаратами (стимулируют функции почек для выведения скопившейся в брюшной полости жидкости).

Препараты, используемые для лечения и коррекции нарушений гепатобиллиарной системы (печень, желчный пузырь и желчевыводящие пути).

- Цитостатики (препараты, снижающие образование рубцовой ткани в печени).
- Гепатопротекторы (препараты, сохраняющие активность клеток печени).
- Желчегонные средства (усиливающие выведение желчи).
- Иммуномодуляторы (препараты, стимулирующие собственную иммунную систему на борьбу против заболевания).
- Противовоспалительные препараты – уменьшающие или устраняющие процесс воспаления в печени.
- Антиоксиданты (препараты, снижающие и/или устраняющие повреждающее действие токсических (отравляющих) веществ и продуктов обмена в организме).
- Диуретические препараты при асците (свободной жидкости в брюшной полости) — стимулируют функции почек для выведения скопившейся в брюшной полости жидкости.

Также применяют базисную (основную, постоянную) терапию цирроза печени.

- Диета №5 (питание 5-6 раз в сутки, ограничение белка до 30-40 г в сутки при развитии печеночной энцефалопатии, исключение из рациона острой, жирной, жареной, копченой, поваренной соли). При развитии печеночной энцефалопатии общее количество белка ограничивается до 0- 30 г/сутки.
- Прием витаминных (витамины группы В, фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, липоевая кислота) комплексов курсами длительностью 1-2 месяца.
- Ферментные (помогающие пищеварению) препараты, не содержащие желчь.
- Ограничение интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок (класс А, В), строгий постельный режим (класс С).

Осложнения и последствия

- Возникновение асцита (скопления жидкости в брюшной полости) и перитонита (воспаления брюшины).
- Варикозное (изменение структуры стенки, возникшее вследствие повышенного венозного давления) расширение вен пищевода, кровотечение из этих вен. Симптомы желудочно-кишечных кровотечений:
 - кровавая рвота;
 - мелена (черный стул);
 - пониженное артериальное давление (менее 100/60 мм рт.ст.);
 - частота сердечных сокращений более 100 ударов в минуту (норма – 60-80).
- Спутанность сознания, печеночная энцефалопатия (нервно-психический синдром, проявляющийся расстройством поведения, сознания, нервно-мышечными нарушениями, вызванный снижением или отсутствием печеночной функции).
- Гепатоцеллюлярная карцинома (злокачественная (тяжело излечимая, быстропрогрессирующая) опухоль печени, возникающая при ее хроническом повреждении (вирусной и/или алкогольной природы)).

- Гепаторенальный синдром (тяжелая почечная недостаточность (стойкое угнетение функции почек, приводящее к накоплению токсических веществ в крови вследствие нарушенной их фильтрации)) у больных циррозом печени.
- Печеночно-легочной синдром (низкое содержание кислорода в крови у больных циррозом печени, возникшее вследствие изменений циркуляции крови в легких).
- Печеночная гастропатия (заболевание желудка, развившееся вследствие нарушенной функции печени и измененной циркуляции крови).
- Печеночная колопатия (заболевание толстого кишечника вследствие нарушенной функции печени и измененной циркуляции крови).
- Бесплодие.

Профилактика цирроза печени

- Ограничение физических и психоэмоциональных нагрузок при гепатитах (воспалениях печени) и неактивном циррозе.
- Снижение или исключение влияния вредных производственных и бытовых факторов, токсичных (вредных) для печени лекарственных препаратов.
- Прием поливитаминных комплексов.
- Рациональное и сбалансированное питание (отказ от слишком горячей, копченой, жареной и консервированной пищи).
- Умеренные физические нагрузки, здоровый образ жизни.
- Отказ от алкоголя, курения, наркотических препаратов.
- Профилактика вирусных гепатитов и их своевременное и полноценное лечение.
- Регулярное (не реже одного раза в год) эндоскопическое исследование (эзофагогастродуоденоскопия) — диагностическая процедура, во время которой врач осматривает и оценивает состояние внутренней поверхности пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при помощи специально оптического инструмента (эндоскопа).

- Своевременное и адекватное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта:
 - гепатита (воспаления печени);
 - гастрита (воспаления желудка);
 - язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (образования язв в желудке и двенадцатиперстной кишке);
 - панкреатита (воспаления поджелудочной железы);
 - холецистита (воспаления желчного пузыря) и других.

Дополнительно

В настоящее время большое внимание уделяется выявлению фиброза печени и наличию или отсутствию его прогрессирования. Степень фиброза определяют по различным шкалам. В России чаще всего используют шкалу METAVIR.

- F0 – фиброза нет.
- F1 – портальный (связанный с повышением давления в воротной вене – одной из главных вен печени) фиброз без образования септ (соединительнотканых (в основе лежит соединительная ткань, играющая опорную и структурную функцию в организме) прослоек).
- F2 — портальный фиброз с редкими септами.
- F3 – много септ без формирования цирроза.
- F4 – цирроз.

4. Калюжный, И. Т. Гемохроматоз: гиперпигментация кожи, пигментный цирроз печени, "бронзовый" диабет / И.Т. Калюжный, Л.И. Калюжная. - М.: ЭЛБИ-СП
5. Скворцов, Всеволод Лазерная терапия у больных хроническими гепатитами и циррозами печени / Всеволод Скворцов. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2013.
6. Губергриц Н.Б. Хронические гепатиты и циррозы печени. Современные классификация, диагностика и лечение. Учебное пособие. – 2013
7. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей. – 2015.
8. Ивашкин В.Т., Буеверов А.О. Рациональная терапия в гепатологии. Руководство для практикующих врачей. – 2016.
9. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. J Hepatol. – 2017
10. Andres T., Cordoba J. Hepatic encephalopathy. Amer. J. Gastroenterology. – 2015

ЛИТЕРАТУРА

1. Алена, Воробьева Легочно-сердечные нарушения при циррозе печени: моногр. / Воробьева Алена , Павел Барламов und Владимир Щёкотов. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2015.
2. Добронравов, А. В. Гепатиты и циррозы печени / А.В. Добронравов. - Москва:2014
3. Ивашкин, В. Т. Лечение осложнений цирроза печен / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская, Е.А. Федосьина. - М.: Литтерра, 2015.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета 5 группы

Гулакян Михаил Варужанович

**(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа частично соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Студентом недостаточно полно сформулирована актуальность исследуемой проблемы, не отражена теоретическая и практическая значимость. При раскрытии темы отмечается недостаточная глубина исследования, обобщения и анализа материала. Отсутствует четкая структура и логика изложения материала. Есть недочеты при формулировании выводов студентом.

В списке литературы нарушен стандарт научно-библиографического оформления. Кроме того, имеется заимствование материала из интернет-банков готовых работ.

Работа заслуживает оценки «удовлетворительно» (3).



(подпись)