## ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Цирроз печени – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов (ВОЗ, 2000).

Цирроз печени – финальная стадия ряда хронических заболеваний печени.

**Этиология.** Наиболее частые причины цирроза печени – хроническое злоупотребление алкоголем (50-70%), перенесенный вирусный В, С, D (30-40%) или аутоиммунный гепатит, генетически обусловленные нарушения обмена веществ (дефицит a1-антитрипсина, гемохроматоз, болезнь Коновалова-Вильсона и др.), гепатотоксическое влияние химических веществ (4-хлористый углерод, диметилнитросолин и др.) и лекарственных средств (цитостатики, ПАСК, метилдофа, изониазид, ипразид); длительный венозный застой в печени при сердечной недостаточности («кардиальный» цирроз печени); воспаление или обструкция внутрипеченочных и внепеченочных желчных путей (первичный и вторичный биллиарный цирроз печени); неустановленная причина – криптогенный цирроз печени.

**Клиника.** В клиническом течении цирроза печени принято выделять 3 стадии: 1) начальную (компенсированную); 2) развернутую, или стадию начальной декомпенсации; 3) стадию выраженной декомпенсации (терминальную).

Компенсированная стадия цирроза печени чаще всего протекает бессимптомно. Минимальная печеночная энцефалопатия (как проявление печеночной недостаточности и портосистемного шунтирования крови при циррозе) трудна для диагностики. Выявляется она по изменению психометрических тестов, поскольку сознание больных не изменено, интеллектуальный статус, поведение обычное. Возможные клинические проявления цирроза: слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе и диспепсические расстройства (урчание в животе, склонность к послаблению стула, тошнота), чувство тяжести в верхней половине живота, повышение температуры тела, боли в суставах. При осмотре отмечают похудение, астенизацию, метеоризм. При перкуссии и пальпации выявляется увеличение печени, уплотнение, заостренность, неровность края печени. Портальная гипертензия проявляется умеренной спленомегалией.

В стадиях декомпенсации клиническая картина обусловлена синдромами портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности.

Выражены признаки печеночной энцефалопатии: сонливость, нарушение ритма сна, раздражительность, снижение внимания, забывчивость, дезориентация. Выявляются мелкоразмашистый тремор, изменение почерка, атаксия, повышение рефлексов. Наиболее характерный неврологический признак печеночной энцефалопатии – астериксис (хлопающий тремор). Выявляется он при вытянутых руках с расставленными пальцами. При максимальном разгибании кисти больного с фиксированным предплечьем (лежащим на столе) наблюдаются быстрые сгибательно-разгибательные движения в пястно-фаланговых и лучезапястных суставах, латеральные движения пальцев.

Стадии печеночной энцефалопатии (от латентной до комы) могут переходить одна в другую. Психоневрологические и двигательные нарушения прогрессируют. В тяжелых случаях развивается кома.

Печеночноклеточная недостаточность проявляется прогрессирующим похудением, желтухой с оранжевым оттенком, геморрагическим синдромом. Характерны импотенция, нарушения менструального цикла у женщин.

При осмотре обнаруживают признаки синдрома печеночно-клеточной недостаточности: пальмарная (ладонная) или плантарная (подошвенная) эритема, сосудистые «звездочки», скудный волосяной покров в подмышечной области и на лобке, белые ногти, гинекомастия у мужчин. Данные изменения объясняются гиперэстрогенемией при печеночноклеточной недостаточности. Характерен сладковатый печеночный запах изо рта.

Осмотр полости рта позволяет обнаружить «кардинальский» язык (ярко-красный, цвета кардинальской мантии). Проявление астериксиса - при высовывании изо рта язык дрожит и дергается вперед-назад.

Синдром портальной гипертензии проявляется гепатоспленомегалией, асцитом. Живот увеличен за счет свободной жидкости. В горизонтальном положении он приобретает форму «лягушачьего». Пупок часто выпячен, вокруг него видны расширенные венозные коллатерали («голова Медузы»). Перкуторно выявляются характерные признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости (более 1,5 л). Печень имеет уплотненную консистенцию, заостренный край, мало- или безболезненная, у некоторых больных пальпируется неровная узловая поверхность органа. В дальнейшем может отмечаться уменьшение размеров печени.

Для синдрома портальной гипертензии характерны кроме этого периферические отеки, гидроторакс, расширение внутренних венозных коллатералей (вены пищевода, прямой кишки), осложняющееся пищеводными и ректальными кровотечениями.

Синдром гиперспленизма – гиперфункция увеличенной селезенки, проявляется анемией, геморрагическими высыпаниями. Снижение иммунитета предрасполагает к развитию инфекционных осложнений.

Синдром печеночного холестаза наиболее выражен при первичном билиарном циррозе печени. Проявляется кожным зудом, желтухой с обесцвечиванием кала. Для первичного билиарного цирроза печени также характерна коричневая пигментация кожи, ксантомы, ксантелазмы, расчесы. Печень увеличена умеренно, спленомегалия определяется в более поздние стадии болезни. Из иммунологических тестов наибольшее диагностическое значение имеет высокий уровень IgM и антител к митохондриям.

Использование классификации Чайлд-Пью для оценки тяжести больных повышает точность прогноза, поскольку каждой степени декомпенсации соответствуют определенные показатели смертности от желудочно-кишечного кровотечения (для больных из группы А этот показатель составляет 5-10%, В – 15-20%, С – 50-70%).

**Классификация степени тяжести цирроза печени**

**A.Chaild, R.H.Pugh (Чайлд - Пью)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признаки | Оценка тяжести состояния больного (в баллах) | | |
| А (каждый признак – 1 балл) | В(каждый признак  – 2 балла) | С (каждый признак  – 3 балла) |
| Билирубин,мкмоль/л | <34 | 34-51 | >51 |
| Альбумин, г/л | >35 | 28-35 | <28 |
| Асцит | нет | контролируется | плохо контролируется |
| Стадии энцефалопатии | 0 | I-II | III-IV(сопор, кома) |
| Пртромбиновое время, сек или  Протромбиновый индекс | 1-4  >70 | 4-6  40-70 | >6  <40 |

Для определения степени тяжести суммируются балльные эквиваленты признаков, выявляемые у больного. Степени А соответствует 5-6 баллов, степени В – 7-8, степени С – 10-15. Общее количество баллов возрастает в зависимости от тяжести печеночно-клеточной недостаточности.

**Лабораторно-инструментальная диагностика.**

Анализ крови общий: анемия (часто В12-фолиево-дефицитная), панцитопения – сочетание эритроцитопении, лейкопении и тромбоцитопении (при синдроме гиперспленизма), ускорение СОЭ.

Анализ мочи общий: повышение билирубина, уробилина при печеночной желтухе.

Анализ крови биохимический:

синдром печеночно-клеточной недостаточности – снижение уровня общего белка, альбуминов, протромбина, фибриногена, холестерина;

синдром внутрипеченочного холестаза – повышение уровня билирубина, холестерина, щелочной фосфотазы (ЩФ), γ-глютамилтранспептидазы (γ-ГТП), триглицеридов;

синдром мезенхимального воспаления – гипер-γ-глобулинемия, повышение тимоловой пробы;

синдром цитолиза – повышение в сыворотке аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и ее изоферментов (ЛДГ3,4), билирубина (конъюгированного).

УЗИ и КТ (компьютерная томография) печени: гепатоспленомегалия, расширение воротной вены и ее ветвей, асцит.

Эзофагастродуоденоскопия: варикозно-расширенные вены пищевода, в некоторых случаях – гепатогенные язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.

Биопсия печени: морфологический вариант цирроза печени, его активность и стадия.

Иммунологические методы исследования сыворотки крови: подтвер-ждения этиологической формы - антигены вирусов гепатита В, С, D и антитела к ним; антинуклеарные антитела при аутоиммунном циррозе печени, высокий уровень IgM и антитела к митохондриям при первичном билиарном циррозе.

**Принципы лечения хронического гепатита и цирроза печени.**

Тяжесть течения цирроза печени, тактика лечения, прогноз жизни больного определяются степенью печеночно-клеточной недостаточности, развитием осложнениний.

Диета – полноценное сбалансированное 5-6-разовое питание с уменьшением белка. При асците ограничивают поваренную соль, дополняя рацион продуктами, богатыми калием.

Этиологическое лечение: при вирусной этиологии (интерфероны, рибавирин); категорический отказ от алкоголя.

Иммуносупрессоры – при хроническом активном и аутоиммунном гепатитах (преднизолон, азатиоприн).

Лечение холестаза (урсодезоксихолевая кислота, холестирамин, полифепам, метронидазол, адеметионин).

Лечение печеночноклеточной недостаточности (альбумин, эссенциальные фосфолипиды, поливитамины) и энцефалопатии (очистительные щелочные клизмы, лактулоза, метронидазол, рифаксиминорнитин, разветвленные аминокислоты).

Лечение синдрома портальной гипертензии и асцита (пропранолол, изосорбид мононитрат, спиронолактон, фуросемид, лапароцентез, склеротерапия или лигирование варикозно-расширенных вен пищевода).

Профилактика и лечение инфекционных осложнений (цефалоспорины III поколения, фторхинолоны).

Трансплантация печени – единственный метод лечения, позволяющий достигнуть улучшения качества жизни больного циррозом печени.