Цирроз печени и его осложнения

24 февраля в медицинском центре «Универсальная клиника «Оберіг» при поддержке фармацевтической компании «Альпен Фарма ГмбХ» прошли VI гастроэнтерологические студии для практикующих врачей. В этот раз мероприятие было посвящено вопросам цирроза печени и его осложнений.

Гепа-Мерц®
L-орнитин-L-аспартат

С докладом «Цирроз печени. Оценка степени тяжести. Алгоритмы диагностики и лечения» выступила **доктор медицинских наук, профессор кафедры гастроэнтерологии и терапии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии Марина Борисовна Щербинина**.

– Цирроз печени – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной печеночной структуры и являющийся конечной стадией ряда хронических заболеваний гепатобилиарной системы. Распространенность цирроза печени по данным аутопсий составляет 2-3%. При обследовании пациента с этим заболеванием важно установить его этиологию, а также определить состояние основных функций печени, о нарушении которых могут свидетельствовать наличие синдромов цитолиза, холестаза, нарушения белоксинтетической функции печени, портальной гипертензии, печеночной энцефалопатии (ПЭ).

Стратегия противофиброзной терапии предполагает элиминацию повреждающего фактора, проведение противовоспалительной терапии (кортикостероиды, колхицин), торможение активации звездчатых клеток (антиоксиданты, цитокины, ингибиторы синтеза коллагена).

Одним из проявлений печеночноклеточной недостаточности при циррозе является избыточное накопление в организме аммиака. В результате последний оказывает токсическое воздействие, прежде всего, на сами гепатоциты, чем усугубляется течение основного заболевания, и клетки головного мозга, что является одним из факторов возникновения ПЭ. Поэтому в комплексной терапии цирроза печени необходимо уделять особое внимание дезинтоксикационной терапии.

В арсенале лекарственных средств, применяемых с целью дезинтоксикации, в частности при гипераммониемии, особое место занимает Гепа-Мерц (L-орнитин-L-аспартат), выпускаемый в форме гранулята или инфузионного концентрата. Орнитин усваивается митохондриями перипортальных гепатоцитов, где служит метаболитом в образовании мочевины и активирует карбамоилфосфатсинтетазу – фермент, ускоряющий синтез мочевины, и, кроме того, участвует в синтезе полиамина, что приводит к активации выработки НАДФ, увеличивая энергический запас митохондрий гепатоцита. Применение препарата Гепа-Мерц обеспечивает утилизацию избыточного аммиака и способствует нормализации показателей цитолиза и холестаза. Эффект от его использования проявляется уже после одного 10-дневного курса, а длительность применения не ограничена временными рамками.

Особое значение имеет диагностика ранних проявлений заболевания. Зачастую, к сожалению, такие неспецифические симптомы, как слабость, утомляемость, нарушения памяти и внимания, характеризующие латентную энцефалопатию, не являются поводом для начала терапии. А назначение препарата Гепа-Мерц на самых ранних этапах позволяет купировать симптоматику, замедлить или приостановить прогрессирование необратимых изменений в печени.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии и кафедры кожных и венерических болезней Киевского медицинского института Украинской ассоциации народной медицины Валентин Станиславович Топольницкий остановился на вопросах противовирусной терапии циррозов печени. Он отметил, что основная цель противовирусной терапии хронического гепатита В (ХГВ) – быстрое и устойчивое подавление репликации HBV до минимального уровня, что, по данным исследований, обеспечивает задержку трансформации заболевания в цирроз, увеличение продолжительности жизни, снижение резистентности к лечению, увеличение частоты сероконверсии HBeAg/анти-HBe, коррекцию гистологических изменений в печени, нормализацию уровня АЛТ.

Противовирусная терапия при циррозе печени назначается с целью предупреждения или замедления прогрессирования заболевания, улучшения гистологической картины, профилактики осложнений и повышения качества жизни больного. При декомпенсированной форме заболевания ее применение позволяет улучшить синтетическую и другие функции печени, а также снизить класс тяжести цирроза печени по Child-Pugh.

Руководитель гастроцентра «Универсальной клиники «Оберіг», доцент кафедры внутренней медицины № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук, Галина Анатольевна Соловьева посвятила свой доклад проблеме ПЭ.

– ПЭ – комплекс потенциально обратимых неврологических и психоэмоциональных нарушений, развивающихся при печеночноклеточной недостаточности и/или портосистемном шунтировании крови.

Наиболее полно объясняющей механизмы ПЭ при циррозе печени является «теория глии», согласно которой эндогенные нейротоксины и аминокислотный дисбаланс, возникающие в результате печеночноклеточной недостаточности и/или портосистемного шунтирования крови, вызывают отек и функциональные нарушения астроглии. Основным патогенетическим фактором развития ПЭ является гипераммониемия.

Триггерными факторами ее развития могут выступать желудочно-кишечные кровотечения, избыточное употребление животного белка, запоры, рвота, диарея, инфекции, алкоголь, нерациональное применение седативных препаратов, наложение трансъюгулярного внутрипеченочного портокавального шунта и другие хирургические вмешательства, массивный парацентез, гипокалиемия, гипоксия, гиповолемия.

Лечение данной патологии предполагает применение в первую очередь комплекса базисных мероприятий, которые включают элиминацию этиологических, триггерных и отягощающих факторов, санацию кишечника, назначение невсасывающихся антибиотиков.

Учитывая, что при циррозе печени наибольший вклад в развитие гипераммониемии вносит нарушение механизмов детоксикации аммиака в организме, применение препаратов, стимулирующих процессы детоксикации, представляется наиболее действенным. Назначение L-орнитина-L-аспартата (препарата Гепа-Мерц), который стимулирует детоксикацию аммиака как в печени, так и в мышечной ткани, занимает важнейшее место в лечебных мероприятиях при ПЭ.

Орнитин является промежуточным метаболитом в цикле образования мочевины, а также активатором карбамоилфосфатсинтетазы – ведущего фермента синтеза мочевины. Аспартат и а-кетоглутарат стимулируют в перивенозных гепатоцитах, мышцах и головном мозге глутаминсинтетазу. Таким образом, аммиак обезвреживается в реакции синтеза глутамина из глутамата, которая протекает в перивенозных гепатоцитах и мышечной ткани.

Другим важным свойством Гепа-Мерца является его способность оказывать анаболическое действие в мышечной ткани. Этот препарат обладает анаболическим эффектом за счет увеличения биосинтеза аминокислот, нуклеиновых кислот, а также стимуляции биосинтеза белка.

В соответствии с анаболическим эффектом Гепа-Мерца патогенетически обоснованным следует рассматривать его назначение при всех гиперкатаболических состояниях, к которым относятся хронические заболевания печени, белковая недостаточность любой этиологии и степени выраженности, голодание, хронические инфекционные заболевания.

Кандидат медицинских наук Екатерина Леонидовна Кваченюк в своем докладе осветила вопросы диагностики ПЭ.

– Среди методов инструментальной диагностики ПЭ можно выделить МРТ (магнитно-резонансную томографию), PET (позитронно-эмиссионную томографию), фМРТ (функциональную магнитно-резонансную томографию), SPECT (фотоэмиссионную компьютерную томографию).

С целью определения ПЭ также применяется тест на критическую частоту мельканий, позволяющий контролировать эффективность лечения и определить степень ПЭ, коррелируя при этом с нейропсихологическими тестами и патофизиологическими параметрами. Фактически этот тест можно рассматривать в качестве единственного кандидата для диагностического стандарта ПЭ. Его применение для оценки эффективности лечения этого заболевания с помощью Гепа-Мерца показало значительное улучшение показателей после применения препарата.

Хирург «Универсальной клиники «Оберіг», кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей и неотложной хирургии Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Николай Андреевич Мендель в своем докладе представил проблему портальной гипертензии – симптомокомплекса, характеризующегося повышением давления в бассейне воротной вены, расширением естественных портокавальных анастомозов, асцитом, спленомегалией, варикозным расширением вен пищевода.

Одним из осложнений асцита является спонтанный бактериальный перитонит, летальность при котором составляет 20-40%. Его критериями служат уровень лейкоцитов более 250 в мм^3 асцитической жидкости, а также результаты бактериального посева. Для лечения спонтанного бактериального перитонита применяются антибиотики (цефотаксим или офлоксацин), альбумин, посиндромная терапия. Антибактериальные препараты при асците также могут назначаться профилактически; показаниями к этому выступают желудочно-кишечные кровотечения и низкое содержание белка в асцитической жидкости (менее 10 г/л), при этом риск инфицирования достоверно снижается на 30%.

Одним из хирургических методов лечения портальной гипертензии является трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование. При кровотечениях его эффективность достигает 90%. Применяется и ряд других шунтирующих операций.

О современных взглядах на УЗИ диффузных заболеваний печени рассказала **врач диагностического отделения «Универсальной клиники «Оберіг» Наталия Владимировна Репина**.

– По современным представлениям, комплексное УЗИ органов или систем объединяет базовые исследования в В-режиме и исследования гемодинамики, к которым относятся цветовое допплеровское картирование, спектральная допплерография и количественная оценка параметров кровотока, или допплерометрия. Такое объединение в одном исследовании серошкальной визуализации органов и тканей и изучение кровотока в них называется дуплексным сканированием (ДС).

Во избежание ложных результатов оценивается целостный эхографический симптомокомплекс, который включает:

– измерения размеров и углов долей печени;

– оценку эхогенности и эхоструктуры паренхимы, ее звукопроводимость;

– наличие очаговой патологии;

– состояние протоковой системы и органной сосудистой архитектоники;

– изменения в прилегающих и отдаленных органах и тканях;

– изменения в магистральных сосудах брюшной полости.

Один из перспективных путей повышения диагностической точности УЗИ – внедрение в широкую клиническую практику ультразвуковой ангиологии (допплерографии), эластографии. Прогностическая ценность эластографии при циррозе печени составляет 96,4%, а при выраженном фиброзе – 89%. Комплексное использование ультразвуковой ангиологии и эластографии значительно повышает специфичность и точность метода УЗИ в оценке фиброза печени.

На современном этапе УЗИ призвано:

– выявить эхографические признаки диффузного заболевания печени;

– сузить дифференциальный ряд на основании эхографических критериев;

– определить возможные заболевания печени (диффузные, очаговые) в соответствии с принятыми классификациями;

– обеспечить неинвазивную диагностику цирроза печени и его осложнений с точностью до 80% и наблюдение за динамикой процесса – мониторинг эффективности лечения цирроза;

– осуществлять скрининг гепатоцеллюлярной карциномы у больных хроническим гепатитом и циррозом.

Врач-рентгенолог «Универсальной клиники «Оберіг» Инга Миервалдисовна Болгова в своем докладе дала сравнительную оценку чувствительности, специфичности и точности МРТ и МСКТ при диффузных заболеваниях печени, в частности при стеатогепатозах, портальной гипертензии, циррозе печени. На клинических примерах были представлены радиологические признаки наиболее часто встречающихся диффузных заболеваний печени. В случае цирроза печени лучшим методом диагностики является МРТ, позволяющая оценить морфологию и отложения железа.

Поскольку особенностью структуры печени при циррозе является наличие регенераторных узлов, МРТ является лучшим методом их выявления из-за высокой тканевой контрастности.

Подготовил ***Дмитрий Демьяненко***

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476