**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2022 г факультета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №8

на тему: «**Симптоматология цирроза печени».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Симптоматология цирроза печени».** (100 мин)**Актуальность темы:** Система органов пищеварения - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать симптоматологию цирроза печени.

**План занятия:**

* Ознакомление с тактикой ведением больных;
* Демонстрация практических навык ;
* Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствиисо стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важныекачества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовойдеятельности специалиста.

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовыезадания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Симптоматология цирроза печени.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

 **Уровни усвоения: 2**,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* работать с портативной диагностической аппаратурой;
* оказывать посиндромнуюмедицинскую помощь;
* оценивать эффективность оказания медицинской помощи;
* контролироватьосновныепараметрыжизнедеятельности;
* осуществлятьфармакотерапию;
* осуществлятьмониторингсостоянияпациента;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-2**- способен проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала больных, оформить медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка.**ПК-3**-способен проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, использовать обоснованные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди детей с учетом их возраста.**ПК-12-**способен анализировать результаты основных клинико-лабораторных методов исследования и оценить функциональное состояние детского организма с целью своевременной диагностики заболеваний. | **РО 4** - Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.РО5 = ПК2 + ПК3+ПК12 | **РОд- 1**способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей и умеет применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов.**РОд-2:**способен выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и умеет применить фундаментальные знания (анатомо-топографическое и гистофизиологическое обоснование) и основ физикального обследования. | **РОт**: Знает и понимает: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагнозc учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать больных - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ;- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы и важные аспекты по теме. | Мозговой штурм:Вызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов. Дается один вопрос на который ожидается полноценный и четкий ответ. | Обращение внимание студентов к занятию, способность развить клиническое мышление. | Доска с проектором, слайд  | 10мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов. | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20мин |
| 3 | Изложение новой темы  | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыков умения их использовать на практических занятиях | Объяснить, показать и довести до студента новую тему, акцентируя на основных моментах темы. | Усидчивость и внимательность студентов способствует лучшему усвоению темы. | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 4 | Перерыв |  |  |  |  |  |  | 10мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и ситуационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач или тестовых вопросов. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции | Перечень ситуационных задач (Прил.2.) | 10мин |
| 6 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек – листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель, пикфлоуметр, таблица объемов легких,. лекарственные препараты (аннотации) | 20мин |
| 7 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Василенко В.Х. и Гребенев А.Л.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

 3. «Пропедевтика внутренних болезней» Молдобаева М.С.

 4. «Пропедевтика внутренних болезней» Шелагуров А.А.

 5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

**ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Дайте определение циррозу печени.
 | 1. Цирроз печени - хроническоепрогрессирующее заболевание, длящееся более 6 мес. и характеризующееся структурной перестройкой архитектоники печеночной ткани, развитием в ней соединительной ткани, образованием псевдодолек, уплотнением и сморщиванием органа.
 |
| 1. Как называется цирроз печени по латыни?
 | 1. Cirrhosishepatis.
 |
| 1. .Перечислите причины развития цирроза печени.
 | 1. Вирусы (особенно В и С), алкоголизм, тяжелый дефицит белка, витаминов в питании, холестаз, интоксикации четыреххлористым углеродом, хлороформом, семенами гелиотропа.
 |
| 1. Назовите 3 основных морфологических варианта цирроза печени.
 | 1. Вирусный, алкогольный и билиарный.
 |
| 1. Укажите характерный механизм развития портальной гипертонии при циррозе печени.
 | 1. Диффузное развитие соединит. ткани в печени, образование псевдодолек, сдавление сосудов с развитием венозной гипертонии в системе воротной вены (портальн. гипертония).
 |
| 1. Укажите наиболее частые причины, приводящие к циррозу с портальной гипертонией.
 | 1. Вирусный гепатит, алкоголизм, тяжелый дефицит белка и витаминов.
 |
| 1. Укажите характерный механизм развития крупноочагового цирроза печени.
 | 1. Развитие субмассивных и массивных некрозов печени с последующим развитием крупных узлов рубцовой ткани.
 |
| 1. Что является наиболее частой причиной такого цирроза?
 | 1. Вирусный гепатит.
 |
| 1. Укажите наиболее характерныймеханизм развития первичного билиарного цирроза печени.
 | 1. Закупорка мелких внутрипеченочных желчных ходов, застой желчи и последующее развитие соединительной ткани.
 |
| 1. Какой цирроз печени называется компенсированным?
 | 1. Цирроз печени с нормальными показателями функционального состояния печени.
 |
| 1. Какой цирроз печени называется декомпенсированным?
 | 1. Цирроз печени с отклонениями показателей функционального состояния печени.
 |
| 1. От чего зависит компенсация и декомпенсация функционального состояния печени?
 | 1. От степени повреждения печеночных клеток.
 |
| 1. Перечислите основные клинические проявления цирроза печени.
 | 1. Боль в брюшной полости (преимущественно в правом подреберье), диспепсический синдром, геморрагический синдром, астеновегетативный синдром, портальная гипертензия.
 |
| 1. Дайте характеристику болевым ощущениям при циррозе печени.
 | 1. Боли локализуются в области печени или в эпигастрии. Имеют тупой, ноющий характер. Усиливаются после еды, особенно жирной пищи.
 |
| 1. Дайте характеристику диспепсического синдрома, наблюдаемого у больных циррозом печени.
 | 1. Он проявляется снижением аппетита, тяжестью в подложечной области, особенно после еды, тошнотой, рвотой, вздутием живота и расстройством стула.
 |
| 1. Какова причина возникновения диспепсического синдрома у больных циррозом печени?
 | 1. Причина в нарушении секреции желчи у этих больных, что приводит к нарушению пищеварения.
 |
| 1. Какими симптомами проявляется астено-вегетативный синдром?
 | 1. Ощущение общей слабости, быструю утомляемость, нарушение сна, гипотония, сердцебиение.
 |
| 1. Дайте характеристику двум вариантам геморрагического синдрома, наблюдаемым у больных циррозом печени?
 | 18. У большинства больных он проявляется небольшими кровотечениями из носа, десен, подкожными геморрагиями, маточными кровотечениями. Проявления связаны со снижением синтеза гемокоагулирующих факторов в печени в период выраженной функциональной недостаточности и наблюдаются при обострении процесса. 2 тип геморрагического синдрома характеризуется массивными кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода, желудка, геморроидальных узлов. Варикозное расширение этих вен связано с портальн. гипертензией и усилением коллатерального кровотока по ним. |
| 1. Какие данные внешнего осмотра характерны для цирроза печени?
 | 1. Исхудавшее лицо с серовато-желтушным оттенком, ярко-красные губы и язык, эритема на скулах, исхудавшее тело и большой живот с выраженным сосудистым рисунком и появление сосудист. звездочек, эритемы ладоней и стоп, гинекомастии, ксантоматозных бляшек на коже.
 |
| 1. Укажите данные осмотра, характерные для портального цирроза.
 | 1. Увеличение живота, появление на передней и боковых стенках живота расширенных вен, общее исхудание.
 |
| 1. Почему при портальном циррозе увеличивается живот?
 | 1. Из-за появления асцита вследствие выраженной портальной гипертензии.
 |
| 1. Как доказать, что увеличение живота связано с накоплением жидкости в брюшной полости?
 | 1. Легче всего это доказать перкуссией живота. В отлогих местах живота, где скапливается жидкость, наблюдается тупой перкуторный звук. При перемене положения тела жидкость в брюшной полости перемещается, и приводит к соответствующему изменению перкуторного звука.
 |
| 1. Для какого цирроза характерно появление на коже ксантоматозных пятен?
 | 1. Для билиарного цирроза.
 |
| 1. Перечислите исследования, необходимые для диагностики цирроза печени.
 | 1. Исследование крови на наличие антигенов вирусов гепатита А, В, С, Д и антител к ним, определение уровня в крови: АЛТ, АСТ, ЛДГ, щелочной фосфатазы, общего белка и белковых фракций, билирубина и его фракций, фибриногена, холестерина, протромбина, проведение бромсульфофталеинового теста, определение СРБ, проведение тимоловой пробы. УЗИ печени и желчных путей. Биопсия печени, общий анализ крови, мочи, кала. Некоторым больным лапароскопический осмотр печени, компьютерная томография, спленоманометрия.
 |
| 1. Перечислите исследования, необходимые для диагностики портальной гипертензии.
 | 1. Выявление асцита, наличия расширен. вен на поверхности брюшной стенки, исследование прямой кишки для выявления варикозно расширенных геморроидальных вен, гастроскопия для выявления расширенных вен пищевода и желудка, спленоманометрия. УЗИ определение расширения воротной и селезеночной вен.
 |
| 1. Перечислите исследования, минимально необходимые для уточнения этиологии гепатита и цирроза печени.
 | 1. Определение антигенов и антител к вирусам гепатита А,В,С,Д, определение алкогольного гиалина, щелочной фосфатазы.
 |
| 1. Перечислите исследования, минимально необходимые для оценкифункционального состояния печени у больных хроническими гепатитами и циррозами печени.
 | 1. Определение общего белка и белковых фракций, билирубина и его фракций, фибриногена, холестерина, протромбина, проведение бромсульфофталеинового теста.
 |
| 1. Перечислите исследования, минимально необходимые для оценки степени активности воспалительного процесса в печени.
 | 1. Определение белковых фракций крови, фибриногена, СРБ, СОЭ. Тимоловая проба. Биопсия печени.
 |

**ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Перечислите исследования, необходимые для диагностики цирроза печени.
 | 1.Исследование крови на наличие антигенов вирусов гепатита А, В, С, Д и антител к ним, определение уровня в крови: АЛТ, АСТ, ЛДГ, щелочной фосфатазы, общего белка и белковых фракций, билирубина и его фракций, фибриногена, холестерина, протромбина, проведение бромсульфофталеинового теста, определение СРБ, проведение тимоловой пробы. УЗИ печени и желчных путей. Биопсия печени, общий анализ крови, мочи, кала. Некоторым больным лапароскопический осмотр печени, компьютерная томография, спленоманометрия. |
| 1. Перечислите исследования, необходимые для диагностики портальной гипертензии.
 | 2.Выявление асцита, наличия расширен. вен на поверхности брюшной стенки, исследование прямой кишки для выявления варикозно расширенных геморроидальных вен, гастроскопия для выявления расширенных вен пищевода и желудка, спленоманометрия. УЗИ определение расширения воротной и селезеночной вен. |
| 1. Перечислите исследования, минимально необходимые для уточнения этиологии гепатита и цирроза печени.
 | 3.Определение антигенов и антител к вирусам гепатита А,В,С,Д, определение алкогольного гиалина, щелочной фосфатазы. |
| 1. Перечислите исследования, минимально необходимые для оценкифункционального состояния печени у больных хроническими гепатитами и циррозами печени.
 | 4.Определение общего белка и белковых фракций, билирубина и его фракций, фибриногена, холестерина, протромбина, проведение бромсульфофталеинового теста. |
| 1. Перечислите исследования, минимально необходимые для оценки степени активности воспалительного процесса в печени.
 | 5.Определение белковых фракций крови, фибриногена, СРБ, СОЭ. Тимоловая проба. Биопсия печени. |

## Осложнения

* [печёночная кома](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%87%D1%91%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0)
* [кровотечение](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) из варикозно-расширенных вен пищевода
* [тромбоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D0%B7) в системе [воротной вены](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B0)
* [гепаторенальный синдром](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC)
* формирование рака печени — [гепатоцеллюлярной карциномы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D1%8E%D0%BB%D1%8F%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0)
* инфекционные осложнения — [пневмонии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F), «спонтанный» [перитонит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%82) при асците, сепсис

## Диагностика

Характерно повышение активности [АЛТ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%9B%D0%A2), [АСТ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D0%BF%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B0), [щелочной фосфатазы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A9%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%84%D0%BE%D1%81%D1%84%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%B7%D0%B0), [лейкоцитоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B7). При гепатолиенальном синдроме может развиваться [гиперспленизм](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BC&action=edit&redlink=1" \o "Гиперспленизм (страница отсутствует)), проявляющийся [лейкопенией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), [тромбоцитопенией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), [анемией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F) и увеличением клеточных элементов в [костном мозге](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3).

Расширенные и извитые венозные коллатерали выявляются при [ангиографии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F), [компьютерной томографии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D1%8C%D1%8E%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F), [ультразвуковом исследовании](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B5_%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) или в ходе оперативного вмешательства.

## Классификация

### Морфологическая классификация

Предложена Всемирной ассоциацией гепатологов (Акапулько, [1974](https://ru.wikipedia.org/wiki/1974)) и ВОЗ ([1978](https://ru.wikipedia.org/wiki/1978))[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-Sadovnikova-6).

* мелкоузловой, или мелконодулярный цирроз (диаметр узлов от 1 до 3 мм)
* крупноузловой, или макронодулярный цирроз (диаметр узлов более 3 мм)
* неполная септальная форма
* смешанная (при которой наблюдаются различные размеры узлов) форма

### Этиологическая классификация

Различают следующие формы цирроза[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-Sadovnikova-6):

* вирусный
* алкогольный
* лекарственный
* вторичный билиарный
* врождённый, при следующих заболеваниях:
	+ гепатолентикулярная дегенерация
	+ гемохроматоз
	+ дефицит α1-антитрипсина
	+ тирозиноз
	+ галактоземия
	+ гликогенозы
* застойный (недостаточность кровообращения)
* болезнь и синдром Бадда-Киари
* обменно-алиментарный, при следующих состояниях:
	+ наложение обходного тонкокишечного анастомоза
	+ ожирение
	+ тяжёлые формы сахарного диабета
* цирроз печени неясной этиологии
	+ криптогенный
	+ первичный билиарный
	+ индийский детский

### Шкала оценки тяжести печёночной недостаточности по Чайлду — Пью

Функция печёночных клеток при циррозе печени оценивается по Чайльду — Пью

|  |  |
| --- | --- |
| **Параметр** | **Баллы** |
| **1** | **2** | **3** |
| [Асцит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D1%86%D0%B8%D1%82) | Нет | Мягкий, легко поддаётся лечению | Напряжённый, плохо поддаётся лечению |
| [Энцефалопатия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D1%86%D0%B5%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F) | Нет | Лёгкая (I—II) | Тяжёлая (III—IV) |
| [Билирубин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%80%D1%83%D0%B1%D0%B8%D0%BD), мкмоль/л(мг%) | менее 34 (2,0) | 34—51 (2,0—3,0) | более 51 (3,0) |
| [Альбумин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D1%8C%D0%B1%D1%83%D0%BC%D0%B8%D0%BD), г/л | более 35 | 28—35 | менее 28 |
| ПТВ, (сек) или ПТИ (%) | 1—4 (более 60) | 4—6 (40—60) | более 6 (менее 40) |

Класс цирроза выставляется в зависимости от суммы баллов по всем параметрам. Сумма баллов 5—6 соответствует классу A, при сумме 7—9　— классу B, а при сумме в 10—15 баллов — классу C[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-Sadovnikova-6).

Ожидаемая продолжительность жизни у больных класса А составляет 15—20 лет, послеоперационная летальность при полостном хирургическом вмешательстве — 10 %. Класс В является показанием для рассмотрения вопроса о пересадке печени; при этом послеоперационная летальность при полостном хирургическом вмешательстве достигает 30 %. У больных класса С ожидаемая продолжительность жизни достигает 1—3 года, а послеоперационная летальность при полостном вмешательстве — 82 %. На основании критериев Чайлда — Пью предложено оценивать необходимость в трансплантации печени: высокая необходимость у больных, относящихся к классу С, умеренная — у больных класса В и низкая — у больных класса А[[11]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-11).

### 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 (Simplified Acute Physiology Score), включающая основные физиологические параметры[[12]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-12). В стратификации имеют значение: [возраст](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82), [ЧСС](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%A1%D0%A1), ЧДД, систолическое [артериальное давление](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), [температура тела](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0_%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B0), [диурез](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%83%D1%80%D0%B5%D0%B7), [гематокрит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%B8%D1%82), [лейкоциты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D1%8B) крови, [мочевина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B0), [калий](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B9), [натрий](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B9), и [бикарбонаты](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B1%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D1%82%D1%8B&action=edit&redlink=1) [плазмы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B0%D0%B7%D0%BC%D0%B0_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8), а также стадия [печёночной комы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%87%D1%91%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0)[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-Sadovnikova-6).

### Формулировка диагноза

Диагноз выставляется по следующей схеме

* Основной:
	+ Цирроз печени,
	+ морфология (если есть), [этиология](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F),
	+ активность, класс по [шкале Чайлда-Пью](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%A7%D0%B0%D0%B9%D0%BB%D0%B4%D0%B0-%D0%9F%D1%8C%D1%8E&action=edit&redlink=1), стадия компенсации.
* Осложнения:
	+ Портальная гипертензия.
	+ Присутствующие синдромы (асцит, варикозно-расширенные вены пищевода (степень расширения)),
	+ гиперспленизм (степень),
	+ энцефалопатия (этиология, степень, стадия …)

## 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](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BA) (1—1,5 г на 1 кг массы тела), 80—90 г [жиров](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D1%80%D1%8B) (из них 50 % — [растительного происхождения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B6%D0%B8%D1%80%D1%8B)), 400—500 г [углеводов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%B3%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%8B). Необходимо учитывать привычки больного, переносимость продуктов и сопутствующие заболевания [органов пищеварения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0). Исключаются химические добавки, [консерванты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D1%82) и токсические ингредиенты. Диета модифицируется при наличии осложнений портальной гипертензии (отечно-асцитический, гепаторенальный синдром, печёночная энцефалопатия и др.)

**Контрольные тесты для проверки знаний студентов на тему Цирроз печени:**

**1.** Больной А., 68 лет поступил с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода. Неделю назад стали беспокоить боли в правом подреберье, развилась желтуха. Страдает хроническим алкоголизмом. При осмотре кожа и склеры желтушны, телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на 4 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ-44 мм/ч. Общий билирубин-58 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой из перечисленных диагнозов НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?

A) цирроз печени, компенсация

B) первичный билиарный цирроз печени

C) вторичный билиарный цирроз печени

D) хронический гепатит минимальной степени активности

E) цирроз печени, декомпенсация. Портальная гипертензия

**2.** Больную С., 45 лет в течение последних 2 месяцев стали беспокоить боли в правом подреберье, 2 недели назад развилась желтуха. В анамнезе вирусный гепатит В, злоупотребляет алкоголем. При осмотре пониженного питания. Кожа и склеры желтушны, имеются телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 3-4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на 2-3 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ - 34 мм/час; общий билирубин - 74 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой метод обследования НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН?

A) ЭРХПГ

B) трепанобиопсия

C) дуоденальное зондирование

D) пункционная биопсия печени

E) УЗИ органов брюшной полости

**3.** Больной С., 66 лет жалуется на слабость, плохой аппетит, тяжесть в эпигастрии, вздутие живота, ограничение выделения мочи в течение последних 2 недель. В течение года беспокоил кожный зуд. При осмотре состояние тяжелое, пониженного питания. Кожа и слизистые иктеричны, следы расчесов. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень на 4-5 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, край острый. Селезенка увеличена на 2-3 см, плотная. В крови: Нв - 108 г/л, тромб. – 182 тыс., СОЭ – 22 мм/ч. НАИБОЛЕЕ РАННИМ признаком данной патологии является:

A) асцит

B) кожный зуд

C) спленомегалия

D) снижение массы тела

E) диспепсические явления

**4.** Больной О., 58 лет поступил с жалобами на тупые боли в эпигастрии справа, увеличение живота, одышку, склонность к запорам, общую слабость. Ухудшение в течение 2-3 месяцев: постепенно увеличился живот, появились боли, был эпизод кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. При осмотре склеры субиктеричны. Живот увеличен в объеме, асцит. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Выраженная спленомегалия. Какая тактика ведения НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА?

A) эубиотики + прокинетики + витамины

B) витамины + индукторы интерферона + ферменты

C) гепатопротекторы + петлевые диуретики + прокинетики

D) противовирусные препараты + витамины + прокинетики

E) антагонисты альдостерона + гепатопротекторы + эубиотики

**5.** Больной А., 48 лет, злоупотребляющий алкоголем, поступил с жалобами на боли в правом подреберье, желтуху, общую слабость. Неделю назад было кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. При осмотре кожа и склеры желтушны, телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на 4 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ - 44 мм/ч. Общий билирубин-68 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН?

A) кортикостероиды + желчегонные средства + ферменты

B) гепатопротекторы+ эритромасса + желчегонные средства

C) кортикостероиды + гепатопротекторы + желчегонные средства

D) гепатопротекторы + свежезамороженная плазма + витамины С, К

E) препараты железа + кортикостероиды + желчегонные средства

**6.** Больной А., 73 лет жалуется на тяжесть в правом подреберье, периодически носовые кровотечения. В анамнезе миокардит. При осмотре: отеки на ногах. Пальмарная эритема. Одышка. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, болезненная. Селезенка увеличена на 6 см. В крови: СОЭ-21 мм/ч, тимоловая проба-10 ед., АЛТ-3,3 мкмоль/л, АСТ-3,9 мкмоль/л. ЭхоКГ: резкое снижение сократительной способности миокарда. Целью патогенетической терапии НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО является:

A) детоксикация

B) устранение цитолиза

C) коррекция электролитных нарушений

D) купирование мезенхимального воспаления

E) коррекция недостаточности кровообращения

**7.** У больной К., 83 лет окружающие заметили желтушность кожи, по поводу чего она обратилась к врачу. В анамнезе вирусный гепатит В. При осмотре кожа и склеры иктеричные. Живот мягкий, печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции. Селезенка увеличена на 4 см. В крови билирубин -72,6 мкмоль/л, АЛТ - 1,2 мкмоль/л, тимоловая проба - 11 ед, щелочная фосфатаза - 9,3 мкмоль/л. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ особенностью течения патологии в данной возрастной группе является:

A) частые обострения

B) высокая активность

C) стертость клинических проявлений

D) выраженность симптомов интоксикации

E) выраженная желудочно-кишечная диспепсия

**8.** Больная К., 33 лет жалуется на боли в правом подреберье, слабость, сонливость, снижение аппетита, кожный зуд, периодически носовые кровотечения в последние 4 месяца. В анамнезе туберкулез легких. При осмотре кожа и склеры желтушные, следы расчесов. Живот мягкий, печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна. Умеренная спленомегалия. В крови: билирубин -118,6 мкмоль/л, АЛТ-2,8 мкмоль/л, тимоловая проба-10 ед, щелочная фосфатаза - 7,6 мкмоль/л. Какой план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН?

A) эссенциале + креон + преднизолон

B) гепабене + фестал + витамины А, Е, К, Д

C) витамины группы В + ферменты + гепадиф

D) гептрал + витамины А, Е, К + холестирамин

E) антибиотики + преднизолон + холестирамин

**9.** Больной М., 38 лет обратился с жалобами на тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения. При осмотре видимые слизистые субиктеричны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, плотная, болезненная. Умеренная спленомегалия. В крови: СОЭ-21 мм/ч, общий билирубин 58,8 мкмоль/л (прямой билирубин 22,4 мкмоль/л), тимоловая проба-12 ед., АЛТ-6,4 мкмоль/л, АСТ-5,9 мкмоль/л. ПЦР на HBV – положительный. В план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО включить:

A) цитостатики

B) глюкокортикоиды

C) желчегонные средства

D) противовирусные средства

E) антибактериальные препараты

**Цирро́з пе́чени** ([др.-греч.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) κίρρως — рыжий, янтарный) — хроническое [заболевание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) [печени](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D1%8C), сопровождающееся необратимым замещением [паренхиматозной](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%85%D0%B8%D0%BC%D0%B0) [ткани](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8C_%28%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29) печени [фиброзной соединительной тканью](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%BE%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8C), или [стромой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0). Цирротичная печень увеличена или уменьшена в размерах, необычно плотная, бугристая, шероховатая. Десятилетняя смертность от постановки диагноза составляет 34-66%, в зависимости от причин: алкогольный цирроз имеет худший прогноз, чем связанный с другими причинами. Первое известное описание заболевания было за авторством [Гиппократа](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%82) в 5-м веке до нашей эры[[2]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-2). Сам термин «цирроз» был изобретен в 1819 году из-за желтоватого цвета больной печени

## Этиология

Чаще цирроз развивается при длительной интоксикации алкоголем (по разным данным, от 40—50 % до 70—80 %) и на фоне [вирусных гепатитов B, С и D](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B3%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82%D1%8B) (30—40 %) и паразитарных инфекций. Более редкие причины цирроза — болезни [желчевыводящих путей](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D1%91%D0%BB%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D1%83%D1%82%D0%B8) (внутри- и внепечёночных), застойная [сердечная недостаточность](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C), различные химические ([гепатотоксины](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BD%D1%8B%22%20%5Co%20%22%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BD%D1%8B)) и лекарственные интоксикации. Цирроз может развиваться и при наследственных нарушениях обмена веществ ([гемохроматоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B7%22%20%5Co%20%22%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B7), [гепатолентикулярная дегенерация](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8F%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F), недостаточность α1-антитрипсина) и окклюзионными процессами в системе воротной вены (флебопортальный цирроз). Среди инфекционных факторов: хронические вирусные гепатиты, особенно B и C и паразитарные инфекции, особенно грибковые и трематодозные ([шистосомоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B7%22%20%5Co%20%22%D0%A8%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B7), [описторхоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BF%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%85%D0%BE%D0%B7), [кандидоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B7), [аспергиллёз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D1%91%D0%B7)). Первичный билиарный цирроз печени возникает первично без видимой причины. Приблизительно у 10—35 % больных этиология остаётся неясной

## Патогенез

За многие месяцы и годы меняется [геном](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BC) [гепатоцитов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%22%20%5Co%20%22%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82) и создаются [клоны](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%28%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%85%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29) патологически изменённых клеток. Вследствие этого развивается иммуновоспалительный процесс.

Выделяют следующие этапы патогенеза цирроза[[7]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-Yakovenko-7):

1. Действие этиологических факторов: цитопатогенное действие вирусов, иммунные механизмы, влияние гепатотоксичных [цитокинов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D1%8B), [хемокинов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D1%8B), [прооксидантов](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D1%82%D1%8B&action=edit&redlink=1), [эйкозоноидов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D1%8B), [ацетальдегида](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%86%D0%B5%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%B4%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D0%B4), [железа](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BE), продуктов [перекисного окисления липидов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%B8%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%BB%D0%B8%D0%BF%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B2)
2. Активизация функции [клеток Ито](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8_%D0%98%D1%82%D0%BE), что приводит к избыточному разрастанию [соединительной ткани](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8C) в [пространствах Диссе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%B5) и перицеллюлярному [фиброзу](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%B7) печени
3. Нарушение [кровоснабжения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%B0%D0%B1%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) [паренхимы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%85%D0%B8%D0%BC%D0%B0) печени за счёт капилляризации [синусоидов](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D1%83%D1%81%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D1%8B&action=edit&redlink=1" \o "Синусоиды (страница отсутствует)) и уменьшения сосудистого русла с развитием ишемических [некрозов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B7) [гепатоцитов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%22%20%5Co%20%22%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82)
4. Активация иммунных механизмов [цитолиза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7) гепатоцитов

При мостовидном некрозе гепатоцитов в зону поражения стягиваются [Т-лимфоциты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2-%D0%BB%D0%B8%D0%BC%D1%84%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D1%8B), которые активизируют клетки Ито, приобретающие фибробластоподобные свойства: синтезируют коллаген I типа, что и ведёт в итоге к фиброзу. Кроме того, микроскопически в печёночной паренхиме образуются ложные дольки, не имеющие центральной вены.

**Алкогольный цирроз печени**. Этапы: острый алкогольный гепатит и жировая дистрофия печени с фиброзом и мезенхимальной реакцией. Важнейший фактор — [некроз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B7) гепатоцитов, обусловленный прямым токсическим действием алкоголя, а также аутоиммунными процессами.

**Вирусный цирроз печени**. Важным фактором является сенсибилизация иммуноцитов к собственным тканям организма. Основной мишенью аутоиммунной реакции является печёночный липопротеид.

**Застойный цирроз печени**. Некроз гепатоцитов связан с [гипоксией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F) и [венозным застоем](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B7%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B7%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B9).

Развивается [портальная гипертензия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%8F) — повышение давления в системе [портальной вены](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B0), обусловленное обструкцией внутри- или внепечёночных портальных сосудов. Это приводит к появлению портокавального шунтирования крови, [спленомегалии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F%22%20%5Co%20%22%D0%A1%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F) и [асцита](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D1%86%D0%B8%D1%82). Со спленомегалией связаны [тромбоцитопения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F) (усиленное депонирование тромбоцитов в селезёнке), [лейкопения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), а также [анемия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F) вследствие повышенного гемолиза эритроцитов. Асцит приводит к ограничению подвижности [диафрагмы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D1%84%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%BC%D0%B0_%28%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F%29), [гастроэзофагальному рефлюксу](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%8D%D0%B7%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%B3%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BB%D1%8E%D0%BA%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C%22%20%5Co%20%22%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%8D%D0%B7%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%B3%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BB%D1%8E%D0%BA%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C) с пептическими эрозиями, язвами и кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода, брюшным грыжам, бактериальному перитониту, гепаторенальному синдрому. У больных циррозом печени часто наблюдаются гепатогенные энцефалопатии.

**Первичный билиарный цирроз печени**. Основное место принадлежит генетическим нарушениям иммунорегуляции. Вначале происходит разрушение билиарного эпителия с последующим некрозом сегментов канальцев, а позднее — их пролиферация, что сопровождается нарушениями экскреции [жёлчи](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D1%91%D0%BB%D1%87%D1%8C_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0). Стадии процесса следующие:

* хронический негнойный деструктивный холангит
* дуктулярная пролиферация с деструкцией жёлчных канальцев
* рубцевание и уменьшение жёлчных канальцев
* крупноузловой цирроз с холестазом

Патологоанатомическая картина первичного билиарного цирроза включает инфильтрацию эпителия лимфоцитами, плазматическими клетками, [макрофагами](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D0%BA%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%B3%D0%B8).

Лабораторными исследованиями выявляются антимитохондриальные антитела (АМА), наиболее специфичны — М2-АМА, направленные против Е2-субъединицы пируватдегидрогеназы, повышение IgM в сыворотке. Помимо этого выявляются иммуноопосредованные внепечёночные проявления — [тиреоидит Хашимото](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D1%82_%D0%A5%D0%B0%D1%88%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D1%82%D0%BE%22%20%5Co%20%22%D0%A2%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D1%82%20%D0%A5%D0%B0%D1%88%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D1%82%D0%BE), [синдром Шегрена](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D0%A8%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B0), фиброзирующий альвеолит, тубулоинтерстициальный нефрит, [целиакия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F), а также сочетание с заболеваниями ревматического круга — [системной склеродермией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B8%D1%8F), [ревматоидным артритом](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82), [системной красной волчанкой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B0)[[8]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8#cite_note-8).

## Симптомы

Большинство внепечёночных симптомов обусловлено повышением давления в синусоидах, что ведёт к возрастанию давления в системе воротной вены. [Портальная гипертензия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%8F). Также характерным симптомом является «[голова медузы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%83%D0%B7%D1%8B_%28%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%29)» — перенаполнение вен передней брюшной стенки.

Для цирроза характерны общие симптомы: слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе, [диспепсические расстройства](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BF%D0%B5%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%8F), повышение [температуры тела](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0_%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B0), [боли в суставах](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B8_%D0%B2_%D1%81%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%B0%D1%85&action=edit&redlink=1), также отмечаются [метеоризм](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%BC), боль и чувство тяжести в верхней половине живота, похудение, [астения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F). 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](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%8F) проявляется умеренным [увеличением селезёнки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F).

Развёрнутая клиническая картина проявляется синдромами [печёночно-клеточной недостаточности](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%B5%D1%87%D1%91%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C&action=edit&redlink=1) и [портальной гипертензии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%8F). Имеют место [вздутие живота](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%BC), плохая переносимость жирной пищи и алкоголя, [тошнота](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BE%D1%88%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%B0), [рвота](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B0), [диарея](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D1%80%D0%B5%D1%8F), чувство тяжести или [боль в животе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C_%D0%B2_%D0%B6%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B5) (преимущественно в правом подреберье). В 70 % случаев обнаруживается [гепатомегалия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F), печень уплотнена, край заострён. У 30 % больных при пальпации выявляется узловатая поверхность печени. [Спленомегалия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F) у 50 % больных.

[Субфебрильная температура](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D0%B1%D1%84%D0%B5%D0%B1%D1%80%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0), возможно, связана с прохождением через печень кишечных бактериальных [пирогенов](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD&action=edit&redlink=1" \o "Пироген (страница отсутствует)), которые она не в состоянии обезвредить. Лихорадка резистентна к [антибиотикам](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BA) и проходит только при улучшении функции печени.

Могут быть внешние признаки — [пальмарная](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%8D%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0&action=edit&redlink=1" \o "Пальмарная эритема (страница отсутствует)) или [плантарная эритема](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%8D%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0&action=edit&redlink=1" \o "Плантарная эритема (страница отсутствует)), [сосудистые звёздочки](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%8B%D0%B5_%D0%B7%D0%B2%D1%91%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%BA%D0%B8&action=edit&redlink=1), скудный волосяной покров в [подмышечной области](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%BC%D1%8B%D1%88%D0%BA%D0%B0) и на [лобке](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D0%BA), белые ногти, [гинекомастия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%8F) у мужчин вследствие гипер[эстрогенемии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD). В ряде случаев пальцы приобретают вид «[барабанных палочек](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC_%D0%B1%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%B1%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D1%85_%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BA)».

В терминальной стадии болезни в 25 % случаев отмечается уменьшение размеров печени. Также возникают [желтуха](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%82%D1%83%D1%85%D0%B0), [асцит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D1%86%D0%B8%D1%82), периферические [отёки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D1%91%D0%BA) из-за [гипергидратации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%22%20%5Co%20%22%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) (прежде всего отёки ног), внешние венозные коллатерали ([варикозно-расширенные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B7%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%88%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%B2%D0%B5%D0%BD) вены [пищевода](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B4), [желудка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D0%BA), [кишечника](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B8%D1%88%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA)). [Кровотечение](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) из вен часто заканчивается [летальным исходом](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B8%D1%81%D1%85%D0%BE%D0%B4). Реже возникают [геморроидальные кровотечения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B9), они менее интенсивны.

Энцефалопатия может быть следствием как печёночно-клеточной, так и портально-печёночной недостаточности

**Контрольные тесты для проверки знаний студентов на тему Цирроз печени:**

**1.** Больной А., 68 лет поступил с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода. Неделю назад стали беспокоить боли в правом подреберье, развилась желтуха. Страдает хроническим алкоголизмом. При осмотре кожа и склеры желтушны, телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на 4 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ-44 мм/ч. Общий билирубин-58 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой из перечисленных диагнозов НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?

A) цирроз печени, компенсация

B) первичный билиарный цирроз печени

C) вторичный билиарный цирроз печени

D) хронический гепатит минимальной степени активности

E) цирроз печени, декомпенсация. Портальная гипертензия

**2.** Больную С., 45 лет в течение последних 2 месяцев стали беспокоить боли в правом подреберье, 2 недели назад развилась желтуха. В анамнезе вирусный гепатит В, злоупотребляет алкоголем. При осмотре пониженного питания. Кожа и склеры желтушны, имеются телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 3-4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на 2-3 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ - 34 мм/час; общий билирубин - 74 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой метод обследования НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН?

A) ЭРХПГ

B) трепанобиопсия

C) дуоденальное зондирование

D) пункционная биопсия печени

E) УЗИ органов брюшной полости

**3.** Больной С., 66 лет жалуется на слабость, плохой аппетит, тяжесть в эпигастрии, вздутие живота, ограничение выделения мочи в течение последних 2 недель. В течение года беспокоил кожный зуд. При осмотре состояние тяжелое, пониженного питания. Кожа и слизистые иктеричны, следы расчесов. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень на 4-5 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, край острый. Селезенка увеличена на 2-3 см, плотная. В крови: Нв - 108 г/л, тромб. – 182 тыс., СОЭ – 22 мм/ч. НАИБОЛЕЕ РАННИМ признаком данной патологии является:

A) асцит

B) кожный зуд

C) спленомегалия

D) снижение массы тела

E) диспепсические явления

**4.** Больной О., 58 лет поступил с жалобами на тупые боли в эпигастрии справа, увеличение живота, одышку, склонность к запорам, общую слабость. Ухудшение в течение 2-3 месяцев: постепенно увеличился живот, появились боли, был эпизод кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. При осмотре склеры субиктеричны. Живот увеличен в объеме, асцит. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Выраженная спленомегалия. Какая тактика ведения НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА?

A) эубиотики + прокинетики + витамины

B) витамины + индукторы интерферона + ферменты

C) гепатопротекторы + петлевые диуретики + прокинетики

D) противовирусные препараты + витамины + прокинетики

E) антагонисты альдостерона + гепатопротекторы + эубиотики

**5.** Больной А., 48 лет, злоупотребляющий алкоголем, поступил с жалобами на боли в правом подреберье, желтуху, общую слабость. Неделю назад было кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. При осмотре кожа и склеры желтушны, телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на 4 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ - 44 мм/ч. Общий билирубин-68 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН?

A) кортикостероиды + желчегонные средства + ферменты

B) гепатопротекторы+ эритромасса + желчегонные средства

C) кортикостероиды + гепатопротекторы + желчегонные средства

D) гепатопротекторы + свежезамороженная плазма + витамины С, К

E) препараты железа + кортикостероиды + желчегонные средства

**6.** Больной А., 73 лет жалуется на тяжесть в правом подреберье, периодически носовые кровотечения. В анамнезе миокардит. При осмотре: отеки на ногах. Пальмарная эритема. Одышка. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, болезненная. Селезенка увеличена на 6 см. В крови: СОЭ-21 мм/ч, тимоловая проба-10 ед., АЛТ-3,3 мкмоль/л, АСТ-3,9 мкмоль/л. ЭхоКГ: резкое снижение сократительной способности миокарда. Целью патогенетической терапии НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО является:

A) детоксикация

B) устранение цитолиза

C) коррекция электролитных нарушений

D) купирование мезенхимального воспаления

E) коррекция недостаточности кровообращения

**7.** У больной К., 83 лет окружающие заметили желтушность кожи, по поводу чего она обратилась к врачу. В анамнезе вирусный гепатит В. При осмотре кожа и склеры иктеричные. Живот мягкий, печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции. Селезенка увеличена на 4 см. В крови билирубин -72,6 мкмоль/л, АЛТ - 1,2 мкмоль/л, тимоловая проба - 11 ед, щелочная фосфатаза - 9,3 мкмоль/л. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ особенностью течения патологии в данной возрастной группе является:

A) частые обострения

B) высокая активность

C) стертость клинических проявлений

D) выраженность симптомов интоксикации

E) выраженная желудочно-кишечная диспепсия

**8.** Больная К., 33 лет жалуется на боли в правом подреберье, слабость, сонливость, снижение аппетита, кожный зуд, периодически носовые кровотечения в последние 4 месяца. В анамнезе туберкулез легких. При осмотре кожа и склеры желтушные, следы расчесов. Живот мягкий, печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна. Умеренная спленомегалия. В крови: билирубин -118,6 мкмоль/л, АЛТ-2,8 мкмоль/л, тимоловая проба-10 ед, щелочная фосфатаза - 7,6 мкмоль/л. Какой план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН?

A) эссенциале + креон + преднизолон

B) гепабене + фестал + витамины А, Е, К, Д

C) витамины группы В + ферменты + гепадиф

D) гептрал + витамины А, Е, К + холестирамин

E) антибиотики + преднизолон + холестирамин

**9.** Больной М., 38 лет обратился с жалобами на тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения. При осмотре видимые слизистые субиктеричны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, плотная, болезненная. Умеренная спленомегалия. В крови: СОЭ-21 мм/ч, общий билирубин 58,8 мкмоль/л (прямой билирубин 22,4 мкмоль/л), тимоловая проба-12 ед., АЛТ-6,4 мкмоль/л, АСТ-5,9 мкмоль/л. ПЦР на HBV – положительный. В план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО включить:

A) цитостатики

B) глюкокортикоиды

C) желчегонные средства

D) противовирусные средства

E) антибактериальные препараты