

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00215&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00215. Цироз печінки

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Цироз печінки <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/115-tsyroz-pechinky>

Автор: Ritva Koskela

Редактор оригінального тексту: Jukkapekka Jousimaa

Дата останнього оновлення: 2018-02-19

Основні положення

- Цироз — це заміщення функціональної тканини печінки на сполучну.
- Алкоголь — найчастіша причина цирозу печінки, але не слід виключати можливість цирозу іншого походження.
- Пацієнт із цирозом печінки може не мати симптомів протягом тривалого часу, а їх поява часто пов'язана із розвитком печінкової недостатності.
- Схильність до розвитку алкогольної хвороби печінки індивідуальна та непередбачувана.

Етіологія

- Алкогольна хвороба печінки
 - Жирове переродження печінки та алкогольний гепатит є проміжними фазами алкогольного цирозу печінки. Майже у всіх випадках спостерігається постійне вживання пацієнтом алкоголю більше 10 років (принаймні 60 г щоденно для чоловіків, 40 г щоденно для жінок).
- Хронічні імунологічні захворювання печінки
 - Аутоімунний гепатит [Настанова 00217 | Аутоімунний гепатит]

- Первинний біліарний холангіт [настанова|00218|Первинний біліарний хола...]
- Склерозуючий холангіт [настанова|00220|Первинний склерозуючий х...]
- Хронічні вірусні гепатити [настанова|00216|Вірусний гепатит]
 - Гепатит В
 - Гепатит С
- Метаболічні захворювання
 - Неалкогольний стеатогепатоз (НАСГ) [настанова|01114|Неалкогольна жирова хвор...]
 - Діабет та метаболічний синдром [настанова|00498|Метаболічний синдром]
 - Гемохроматоз [настанова|00519|Гемохроматоз]
 - Дефіцит альфа-1-антитрипсину
 - Хвороба Вільсона [веб|http://www.orpha.net/con...]

Симптоми та ознаки

- На ранній стадії цирозу хворий зазвичай асимптомний. Втома, свербіж, жовтяниця та поява вільної рідини в черевній порожнині — це пізні симптоми або такі, що пов'язані із активністю основного захворювання.
- Гостра кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу або гостра жовтяниця можуть бути першим симптомом цирозу печінки. Можливі знахідки (часто загальний стан може бути задовільним)
 - Мала, щільна печінка, край якої може пальпуватися у схудлих пацієнтів
 - Пальпується селезінка
 - Виснаження м'язів та втрата маси тіла
 - Телеангіектазії на обличчі чи верхній половині тулуба
 - Пальмарна еритема
 - Гінекомастія та атрофія яєчок
 - Розширені поверхневі вени живота
 - Асцит
 - Жовтяниця

Лабораторні дослідження

- За підозри на цироз базовими є наступні дослідження
 - ШОЕ, загальний аналіз крові з підрахунком тромбоцитів, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, гама-глутамілтрансфераза, білірубін, протромбіновий час чи МНВ, альбумін, преальбумін, калій, натрій, креатинін, глюкоза натщесерце
- Дослідження, спрямовані на виявлення етіології
 - HBsAg, антитіла до ВГС, антитіла до гладкої мускулатури, антитіла до мітохондрій, антинуклеарні антитіла, антитіла до трансклятамінази, сироватковий IgG, IgA, IgM, сироваткове залізо, сатурація трансферину, феритин, альфа-1-антитрипсин, церулоплазмін.
- Показники, що свідчать про несприятливий прогноз
 - Сироватковий білірубін вище 300 мкмоль/л
 - Сироватковий альбумін нижче 20 г/л
 - МНВ вище 2,5.

Візуалізаційні дослідження печінки

- УЗД верхньої половини живота
 - «Яскрава» печінка свідчить про жирове переродження чи цироз, проте це є неспецифічною ознакою.
 - Жирове переродження печінки не виявляється методом УЗД при ураженні менше 30%.
 - Збільшення селезінки, розширені судини системи ворітної вени та видимі колатералі свідчать про портальну гіпертензію.
 - Навіть незначний асцит виявляється легко.
 - Ретроградний потік чи непрохідність у ворітній вені, виявлені на доплерографії, вказують на несприятливий прогноз захворювання.
- МРТ чи КТ
 - Може виявити більше ознак цирозу печінки: порушення структури печінки, ознаки портальної гіпертензії, можливі вогнищеві ураження.
- Еластометрія (наприклад, Fibroscan®)

- Неінвазивне дослідження, що може використовуватись з метою визначення стадії фіброзу печінки
- Пов'язане з помилками.

Біопсія печінки

- Підтвердження цирозу
 - Стадія фіброзу (вузли регенерації, септальний фіброз) може вказувати на можливу етіологію.
 - У випадку пізнього цирозу біопсія не надає додаткової інформації щодо етіології.
 - Варто визначити, чи впливатиме на щось проведення біопсії з терапевтичної точки зору.
- Джерела помилок
 - Хибно негативний висновок, оскільки між зонами цирозу може бути виявлена навіть відносно здорова тканина
 - Хибно позитивний висновок: біопсія біля капсули печінки, поганий забір тощо.
- Біопсію печінки можна проводити, якщо значення МНВ < 1,5 та рівень тромбоцитів > 60.

Лікування цирозу та його ускладнень

- Відмова від алкоголю покращує прогноз алкогольного цирозу печінки, проте ризик гепатоцелюлярної карциноми [настанова 01067] [Рак печінки й жовчовивід...] залишається високим. Призначається висококалорійна дієта, збагачена білками, оскільки цироз часто супроводжується мальнутрицією. Враховуючи катаболізм, можна порадити пацієнту їсти перед сном.
- Не існує антифібротичних засобів, але лікування основного захворювання може призупинити прогресування цирозу.
- Часто причиною розвитку печінкової недостатності є ускладнення цирозу (кровотеча, інфекція, гіповолемія з інших причин), виявлення та лікування яких важливе разом із лікуванням специфічних симптомів печінкової недостатності.
- Градація цирозу дозволяє оцінити важкість ураження печінки та його вплив на прогноз пацієнта. Найчастіше для цього використовується класифікація Чайлд-П'ю

[[веб|http://www.mdcalc.com/ch...](http://www.mdcalc.com/ch...)]. Вона включає в себе оцінку функції печінки (МНВ, альбумін), холестазу (білірубін) та симптомів (енцефалопатія, асцит).

Портальна гіпертензія

- Всім пацієнтам із цирозом печінки слід проводити ФГДС для виявлення варикозно розширених вен стравоходу.
- Якщо пацієнт мав кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу, її рецидив можна попередити шляхом
 - абляції варикозно розширених вен лігуванням латексними кільцями [доказ 00848 |A]
 - зниження тиску в ворітній вені неселективним бета-блокатором (пропранолол [доказ 00393 |A] 10–40 мг 2–3 рази на день; ЧСС знижується до рівня на 25% меншого від вихідного)
 - у випадку профузної кровотечі ендоскопічними методами, соматостатином або його аналогом октреотидом, зондом Сенгстейкена-Блекмора
 - іноді трансюгулярного внутрішньопечінкового портосистемного шунтування (ТВПШ) або іншим типом шунтування у випадку, якщо всі інші методи не дали результату [доказ 02257 |B].
- При виявленні варикозно розширених вен стравоходу першу кровотечу з них можна попередити використанням бета-блокатору (пропранолол [доказ 00393 |A]).

Асцит

- Обмеження солі (1–3 г натрію щоденно; 1 г натрію = 2,5 г кухонної солі).
- Спіронолактон 50–400(–600) мг щоденно.
- За потребою спіронолактон можна комбінувати із петльовим діуретиком (наприклад, фуросемід 20–80 мг щоденно).
- Зазвичай потреби в обмеженні споживання води немає; іноді це рекомендується при вираженій гіпонатріємії.
- Слід уникати дуже швидкої втрати маси тіла (> 0,5 кг за добу за відсутності периферичних набряків).
- Інгібітори простагландину (нестероїдні протизапальні засоби) можуть знижувати функцію нирок.

- У випадку резистентного асциту навіть великий лапароцентез (5–10 літрів протягом 6–8 годин) безпечний за умови інфузії 6–8 г альбуміну на кожний вилучений літр асцитичної рідини. Сам прокол (відео [\[Відео 00071 Removal of ascites\]](#)) може бути виконаний голкою для черешкової цистостомії або за методом Сельдінгера.
- При кількості тромбоцитів $> 50 \times 10^9$ /л коригувати фактори згортання крові в зв'язку з проведенням пункції не слід. Прийом діуретиків після пункції припиняється на 2 дні.
- Ускладнення: спонтанний перитоніт, гіпонатріємія та гепаторенальний синдром (слід контролювати рівень натрію, калію, діурез, масу тіла).
 - Спонтанний перитоніт часто асимптомний; зразок асцитичної рідини досліджується на: кількість клітин, глюкозу, альбумін, виконується бактеріальний посів та культуральне дослідження, іноді проводиться забір рідини на туберкульоз.
- Консультація хірурга або радіолога у випадку резистентного до лікування асциту: шунтування, ТВПШ [\[Доказ 04558 A\]](#).
- Рефрактерний асцит можна розглядати як показання до трансплантації печінки.

Гепаторенальний синдром

- При гепаторенальному синдромі (ГРС) спостерігається розвиток ниркової недостатності у пацієнта із важкою гострою або хронічною печінковою патологією.
- Виключення інших ниркових захворювань та оцінка сприяючих факторів
 - Припинити прийом нефротоксичних ліків.
 - Адекватна інфузійна терапія, корекція гіповолемії та електролітних порушень.
- Патологічний стан розцінюється як ГРС за наявності розвитку рефрактерного асциту, що призводить до зниження функції нирок до рівня, коли немає реакції навіть на коригування гіповолемії альбуміном.
 - ГРС 1: швидкий розвиток ниркової недостатності, асоційований із гострою печінковою недостатністю (в тому числі при цирозі); несприятливий прогноз (декілька тижнів), летальність складає 80–100%

- ГРС 2: ниркова недостатність у пацієнта із печінковою недостатністю розвивається повільніше; без трансплантації печінки 75% пацієнтів помирає протягом одного року.
- Лікування
 - Корекція гіповолемії, інфузійна терапія, альбумін внутрішньовенно, дренування асцити
 - Терліпресин та альбумін внутрішньовенно
 - Іноді — використання апарату “штучна нирка”

Печінкова енцефалопатія

- Як правило, обмежень у вживанні білку немає
- Призначається лактулоза в дозуванні 15–30 мл 2–3 рази на день з метою доведення кількості випорожнень до 2–3 на день. Лактулозу можна використовувати профілактично. Замість лактулози може призначатися лактітол.

Коментар експерта. Лікарський засіб лактітол станом на 28.05.2019 в Україні не зареєстрований.

- Антимікробні засоби
 - Рифаксимін
 - Іноді фторхінолони, наприклад норфлуксацин 400 мг 2 рази на день, ципрофлуксацин 500 мг 2 рази на день.
- Лікування факторів, що погіршують функцію печінки (кровотечі, інфекції)
- Флумазеніл знімає симптоми енцефалопатії, проте не має впливу на прогноз пацієнта [доказ 05150 |A].

Коментар експерта. Лікарський засіб флумазеніл станом на 28.05.2019 в Україні не зареєстрований.

- Розглянути можливість трансплантації печінки в термінальній стадії цирозу.

Моніторинг пацієнта з цирозом печінки

- Лікування відповідно до етіології
 - Припинення вживання алкоголю
- Чи є дані про печінкову недостатність, ускладнення цирозу, рак печінки?

- Подальші дослідження залежно від випадку
 - Лабораторні дослідження
 - Загальний аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів, натрій, калій, креатинін, рівень печінкових ферментів (АЛТ, лужна фосфатаза), тести на функцію печінки (МНВ, альбумін) з інтервалом 3–6 місяців
 - Альфа-фетопротеїн з інтервалом ½–1 рік
 - УЗД з інтервалом ½–1 рік (скринінг на рак печінки, кровотік у ворітній вені, асцит і т.д.)
 - ФГДС з інтервалом 1–3 роки
- Подальше спостереження часто відбувається на первинній медичній допомозі; консультація фахівця — за потребою.
- За наявності ознак печінкової недостатності та відсутності протипоказань слід розглянути можливість трансплантації печінки.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00387\] Cirrhosis of the liver –...](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 00387\] Cirrhosis of the liver –...](#)
- Література [\[пов'язані 00387\] Cirrhosis of the liver –...](#)

Настанови

- [Настанова 00217](#). Аутоімунний гепатит.
- [Настанова 00218](#). Первинний біліарний холангіт (ПБХ).
- [Настанова 00220](#). Первинний склерозуючий холангіт.
- [Настанова 00216](#). Вірусний гепатит.
- [Настанова 01114](#). Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ).
- [Настанова 00498](#). Метаболічний синдром.
- [Настанова 00519](#). Гемохроматоз.
- [Настанова 01067](#). Рак печінки й жовчовивідних шляхів.

Відео

- [Відео 00071](#). Removal of ascites.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00848](#). Endoscopic treatments for bleeding esophageal varices.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Endoscopic ligation is more effective than sclerotherapy in the treatment of bleeding esophageal varices.
- [Доказовий огляд 00393](#). Beta-blockers in the prevention of gastrointestinal rebleeding in patients with cirrhosis.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Noncardioselective beta-blockers reduce rebleeding rate from any cause and from oesophageal varices, and significantly increase long-term survival in patients with cirrhosis and previous bleeding.
- [Доказовий огляд 02257](#). Paracentesis or transjugular intrahepatic portosystemic shunting .
Дата оновлення: 2007-04-07
Рівень доказовості: B
Резюме: Transjugular intrahepatic portosystemic shunting (TIPS) appears to reduce ascites, but it appears not to improve survival and it appears to increase the incidence of hepatic encephalopathy.
- [Доказовий огляд 04558](#). TIPS versus paracentesis for cirrhotic patients with refractory ascites.
Дата оновлення: 2007-08-24
Рівень доказовості: A
Резюме: TIPS removes ascites more effectively than paracentesis in cirrhotic patients with refractory ascites but is associated with increased risk of hepatic encephalopathy.
- [Доказовий огляд 05150](#). Flumazenil for hepatic encephalopathy.
Дата оновлення: 2006-07-21
Рівень доказовості: A
Резюме: Flumazenil is effective for short-term improvement of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis and a highly favourable prognosis, but there was no effect on survival.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00215 Ключ сортування: 009.022 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-02-19

Автор(и): Ritva Koskela Автор(и) попередніх версій статті: Pekka Pikkarainen Редактор(и): Jukkapekka Jousimaa
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Gastroenterology Internal medicine

Ключові слова індексу

mesh: Liver Cirrhosis mesh: Hypertension, Portal mesh: Ascites mesh: Portal Pressure mesh: Hepatic Encephalopathy
mesh: Liver Cirrhosis, Alcoholic mesh: Hepatic Insufficiency mesh: International Normalized Ratio mesh: Alcoholic Beverages
mesh: Hyponatremia mesh: Hyperbilirubinemia mesh: Furosemide mesh: Albumins mesh: bumetadine
mesh: Weight Loss mesh: Hepatitis, Alcoholic mesh: Lactulose mesh: Fatty Liver mesh: Liver Diseases
mesh: Diet, Sodium-Restricted mesh: Diet mesh: Diet, Protein-Restricted mesh: ascites puncture mesh: Alcoholism
mesh: Blood Platelets mesh: variceal bleeding mesh: Spironolactone mesh: Sclerotherapy icpc-2: D97
speciality: Gastroenterology speciality: Internal medicine