

Материалы по теме «циррозы печени»

Автор: ассистент Т.Е.Елизарова

Таблица 1

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

(по Широковой Е.Н. и Золотаревскому В.Б., 2005)

I. Вирусные гепатиты (В, С, D, G?)

II. Алкоголь

III. Метаболические нарушения

Наследственный гемохроматоз (перегрузка железом)

Болезнь Вильсона-Коновалова (перегрузка медью)

Недостаточность α_1 -антитрипсина

Кистозный фиброз (муковисцидоз)

Галактоземия

Гликогенозы

Наследственная тирозинемия

Наследственная непереносимость фруктозы

Наследственная геморрагическая телеангиэктазия

Абеталипопротеинемия

Порфирии

IV. Заболевания желчных путей

Внепеченочная обструкция желчных путей

Внутрипеченочная обструкция желчных путей:

-первичный билиарный цирроз

-первичный склерозирующий холангит

Холангиопатии у детей:

-болезнь Байлера (прогрессирующий детский холестаз)

-синдром Алажиля (артериопеченочная дисплазия)

-синдром Ааджина (холестаз с лимфедемой)

-синдром Зельвегера

V. Нарушение венозного оттока из печени

Синдром Бадда-Киари

Веноокклюзионная болезнь

Тяжелая правожелудочковая сердечная недостаточность

VI. Лекарства, токсины, химикаты

VII. Иммунные нарушения

Аутоиммунный гепатит

Реакции «трансплантат против хозяина»

VIII. Разные причины

Другие инфекции (сифилис, шистосоматоз и др.)

Саркоидоз

Неалкогольный стеатогепатит

Еюноилеальное шунтирование при ожирении

Гипервитаминоз А

Криптогенный цирроз

Таблица 2

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Форма цирроза	Морфология	Основные причины
Мелкоузловой (микронодулярный)	Узлы регенерации диаметром до 10 мм (обычно 1-3 мм), окруженные неширокими прослойками фиброзной ткани. Узлы располагаются равномерно, чаще – монолобулярные, т.е. охватывают одну дольку печени	Алкоголь, первичный билиарный цирроз, болезнь Вильсона – Коновалова, гемохроматоз, «сердечный» цирроз печени
Крупноузловой (макронодулярный)	Узлы- регенераты до 5 см в диаметре, расположены неравномерно, состоят из нескольких долек печени (мультилобулярные), окружены широкими фиброзными, похожими на рубцы, прослойками	Вирусные гепатиты В и С, недостаточность α_1 -антитрипсина
Смешанный (мелко-и крупноузловой)	Имеет признаки и мелко-, и крупноузлового цирроза	Возможны любые причины, приводящие к циррозу
Неполный септальный	Полноценные регенераторные узлы не сформировались, но паренхиме пересекают септы, часть из которых неполные (обрываются)	Возможны любые причины, приводящие к циррозу

Таблица 3

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Стадия	Признаки основного заболевания (гепатита)	Портальная гипертензия	Печеночная недостаточность	Наличие осложнений цирроза
I – компенсированная	+	-	-	-
II – субкомпенсированная	+	+	+	редко
III - декомпенсированная	+	++	++	+

Таблица 4

ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Активный цирроз печени	Цирроз печени с минимальной активностью
Общий анализ крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения	Общий анализ крови может быть нормальным
Повышение активности аминотрансфераз в 2-5 раз выявляется у 80-90% больных	Повышение активности аминотрансфераз в 1,5-4 раза выявляется у 30-50% больных
Увеличение билирубина в 2-5 раз	Увеличение билирубина в 1,5-2 раза
Выраженное уменьшение протромбинового индекса, <60%	Небольшое снижение протромбинового индекса

Таблица 5

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ЧАЙЛЬДУ - ПЬЮ

Признаки	Градации (класс)		
	А	В	С
Билирубин, мкмоль/л	<35	39-50	>51
Альбумин, г/л	>35	34-30	<29
Протромбиновый индекс, %	>60	40-59	<40
Состояние питания	отличное	хорошее	плохое
Асцит	нет	легко контролируется	резистентный
Энцефалопатия	нет	I-II стадия	III-IV стадия

Примечание: 1. каждый из приведенных показателей в градации А оценивается в 1 балл; Эти же показатели в градации В оцениваются в 2 балла; а в градации С – 3 балла.

По суммарным показателям выделяют три уровня печеночно-клеточной дисфункции: компенсированная – 5-6 баллов, субкомпенсированная – 7-9 баллов, декомпенсированная (предельная) – более 9 баллов.

2. Это прогностическая классификация, предложенная для оценки выживаемости. При компенсированном циррозе 10-летняя выживаемость составляет 47%, при декомпенсированном – 16%.

Таблица 6

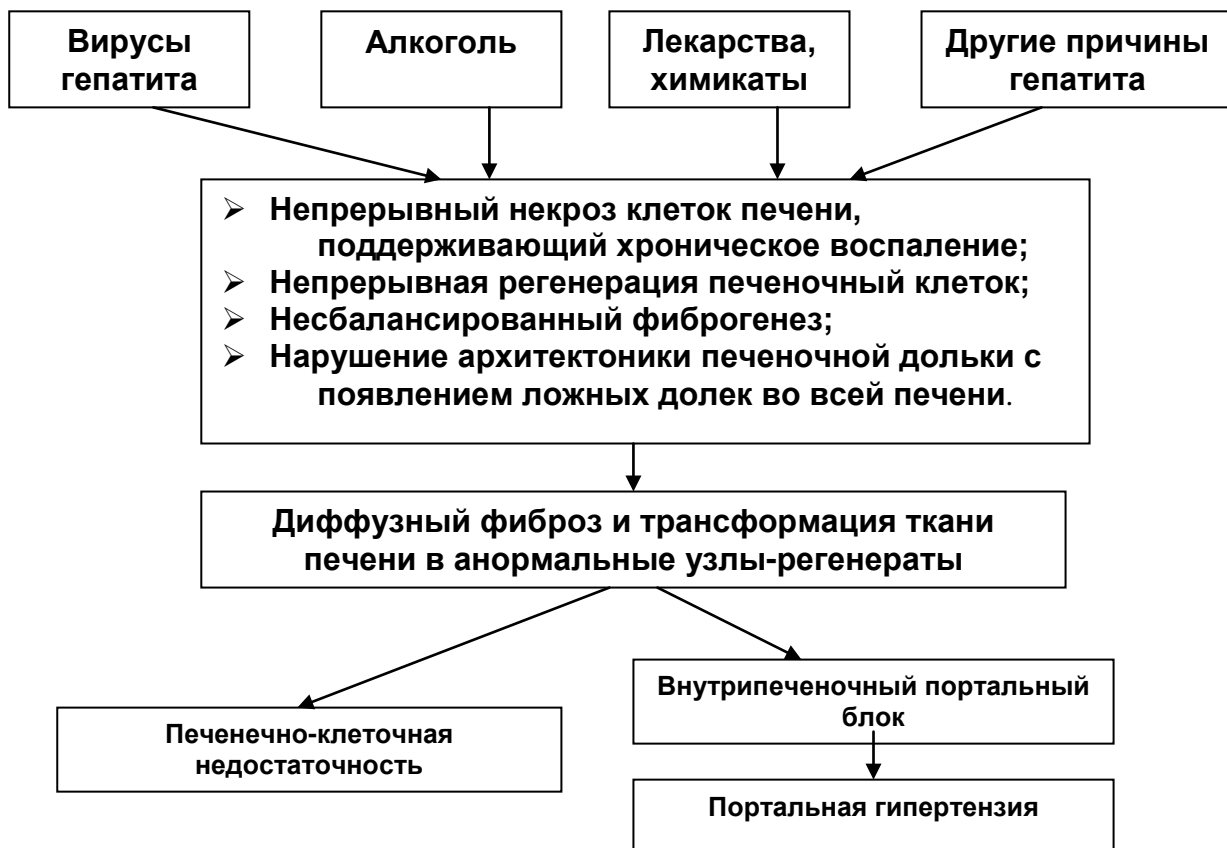
ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

№	Осложнения
1.	Асцит
2.	Кровотечение из варикозно-расширенных вен
3.	Печеночная энцефалопатия, печеночная кома
4.	Инфекционные осложнения: спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, сепсис

5.	Гепаторенальный синдром
6.	Гепатоцеллюлярная карцинома
7.	Тромбоз воротной вены
8.	Камнеобразование в желчных путях (при первичном билиарном циррозе)

Схема №1

ПАТОГЕНЕЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Система организма	Симптомы
ЦНС	Астено-невротический синдром (слабость, потеря аппетита, снижение массы тела), энцефалопатия, периферическая нейропатия.
Пищеварительная	Боли в правом подреберье, диспептические явления, нарушения стула, метеоризм, увеличение околоушных слюнных желез
Кроветворная	Анемия (причины: гемолиз (гиперспленизм), геморрагии, дефицит В ₁₂ и фолиевой кислоты, нарушение усвоения железа), тромбоцитопения, лейкопения, коагулопатии, ДВС-синдром.
Дыхательная система	Гипоксемия, первичная легочная гипертензия, тахипное, печеночный гидроторакс, гепатопульмональный синдром (характерна триада признаков – патология печени, повышение альвеолярно-артериального градиента и расширение легочных сосудов (клинически - одышка, тяжелая гипоксемия, изменения дистальных фаланг кистей по типу «барабанных палочек» и «часовых стеклышек»)).
Эндокринная	Гипогонадизм, феминизация (эстрогенообусловленные признаки: телеангиэктазии, пальмарная эритема, алопеция, гинекомастия), вторичный сахарный диабет и гиперпаратиреоз.
Мочевыделительная	Вторичный гиперальдостеронизм, почечный канальцевый ацидоз, гепаторенальный синдром
Скелетно-мышечная	Похудание, гипертрофическая остеоартропатия (синовит, «барабанные палочки», периостит), остеодистрофия, пупочная грыжа.
Кожные изменения	Телеангиэктазии, геморрагические высыпания, «голова медузы» - расширение вен передней стенки живота, «печеночные» ладони, контрактура Дюпюитрена, изменения ногтей («барабанные палочки», белый цвет ногтевых пластинок, голубые ногтевые лунки при болезни Вильсона), изменение цвета кожи (желтуха, цвет загара, бронзовый цвет при гемохроматозе), следы расчесов, ксантелазмы и ксантомы при первичном билиарном циррозе.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛЛИАРНОГО ЦИРРОЗА

1.	Интенсивный кожный зуд, внепеченочные проявления (синдром Шегрена, ревматоидный артрит и др.).
2.	Повышение в 2-3 раза активности ферментов холестаза.
3.	Отсутствие изменений со стороны внепеченочных желчных ходов.
4.	Наличие антимитохондриальных антител в титре $\geq 1:40$.
5.	Увеличение уровня IgM сыворотки крови.
6.	Характерные морфологические изменения в пунктате печени.

ПАТОГЕНЕЗ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ (по Ш. Шерлок, Дж. Дули, 1999)



ПАТОГЕНЕЗ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ



КЛАССИФИКАЦИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Надпеченочная	
Тромбоз печеночных вен	Синдром Бадда-Киари Инвазия опухолью
Обструкция нижней полой вены	Мембрана в просвете нижней полой вены Инвазия опухолью
Болезни сердца	Констриктивный перикардит Выраженная трикуспидальная регургитация
Внутрипеченочная	
Пресинусоидальная (затрагивает портальные вены)	Шистосоматоз Врожденный фиброз печени Саркоидоз Хронический вирусный гепатит Первичный билиарный цирроз Миелопролиферативные заболевания Нодулярная регенераторная гиперплазия Гепатопортальный склероз Злокачественные новообразования Болезнь Вильсона Гемохроматоз Поликистоз печени Амилоидоз Токсические воздействия
Синусоидальная (затрагивает синусоиды)	Все случаи цирроза Острый алкогольный гепатит Тяжелый вирусный гепатит Острая жировая печень беременных Инттоксикация витамином А Системный мастоцитоз Печеночная пурпура Цитотоксические лекарства
Постсинусоидальная (затрагивает центральную вену)	Веноокклюзионная болезнь Алкогольный центрлобулярный гиалиновый склероз
Подпеченочная	
Тромбоз воротной вены Кавернозная трансформация воротной вены Тромбоз селезеночной вены Висцеральная артериовенозная фистула Идиопатическая тропическая спленомегалия	

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ПГ)

- Комплекс изменений, возникающий вследствие нарушения оттока крови из системы воротной вены, включающий:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Высокое портальное давление – более 12 мм.рт.ст. или более 200 мм.вод.ст. (в норме 5-10 мм.рт.ст и 120-150 мм.вод.ст.) 2. Увеличение селезенки 3. Асцит 4. Варикозное расширение гастроэзофагиальных, аноректальных вен и вен передней брюшной стенки 	
Этиология (табл. 9)	
Классификация	
По характеру асцита	<p>А. ПГ без клинически выраженного асцита</p> <p>В. ПГ с асцитом, купируемым медикаментозно</p> <p>С. ПГ с рефрактерным асцитом</p>
По стадиям течения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Начальные клинические проявления: астенизация, тяжесть в правом подреберье, метеоризм. 2. Выраженные клинические проявления: боли в верхней половине живота, диспепсия, спленомегалия. 3. Резко выраженные клинические проявления: наличие асцита, варикозно расширенных вен. 4. Осложнения: кровотечения из варикозно расширенных вен, рефрактерный асцит, печеночная энцефалопатия, кома.
Диагностика	
УЗИ брюшной полости (гепатоспленомегалия, асцит, диаметр селезеночной вены >7-10мм, воротной - >13 мм); ФГДС («красные маркеры», расширенные вены - I степень – диаметр вен до 3 мм, II ст – 3-5 мм, III – более 5 мм), магнитно-резонансная ангиография, полигепатография, ректороманоскопия и др.	
Лечение	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозная терапия: препараты, снижающие давление в воротной вене (β-блокаторы (пропранолол, атенолол, метопролол и др.), реже – нитраты, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция), лечение отечно-асцитического синдрома, лечение основного заболевания и осложнений. 2. Методы экстракорпоральной детоксикации (табл. 16). 3. Хирургические методы: А. Создание новых путей оттока (портокавальные анастомозы). В. Отведение асцитической жидкости (парацентез, перитонеовенозное шунтирование). С. Уменьшение притока крови в портальную систему (спленэктомия, перевязка и эмболизация артерий). D. Улучшение лимфооттока (дренирование грудного лимфатического протока, лимфовенозные анастомозы). E. Трансплантация печени. 	

ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

- симптомокомплекс психических и нервно-мышечных нарушений, обусловленных печеночно-клеточной недостаточностью и/или портосистемным шунтированием крови	
Классификация	
По этиологии	<ol style="list-style-type: none"> 1. Печеночно-клеточная (собственно печеночная, эндогенная) 2. Портокавальная (шунтовая, экзогенная) 3. Смешенная
По стадиям течения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Легкая – умеренная сонливость с нарушением внимания и психомоторики. 2. Средняя – сознание спутано, но отвечает на вопросы. 3. Тяжелая – сомноленция, неадекватное поведение, агрессия, бессвязная речь, выполнение лишь простых команд. 4. Кома: 4а- реакция на болевые стимулы; 4б- отсутствие реакций
Патогенез (схема 3)	
Провоцирующие факторы	
Кровотечение, инфекции, алкоголь, массивная мочегонная терапия, прием седативных и транквилизаторов, употребление в пищу большого количества животных белков, операции (в том числе, наложение портокавального анастомоза), парацентез с удалением большого количества асцитической жидкости.	
Принципы лечения	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Выявление и устранение провоцирующих факторов (см. выше). 2. Ограничить употребления белка (до 20-30 г/с, с последующим, после улучшения состояния, увеличением по 10 г каждые 3 дня – до 1г на 1кг массы тела), использование смесей аминокислот с разветвленной боковой цепью (лейцин, изолейцин, валин –Гепатонутрил, Нутриком-Гепа, Фрезубин-Гепа, Гепэнцефамин). 3. Медикаментозная терапия: I – Уменьшение гипераммониемии: <ol style="list-style-type: none"> а. Уменьшение образования аммиака в кишечнике (лактоза (дюфалак) – 30-120 мл/с внутрь или в клизмах – до 300-600 мл/с; антибиотики – рифаксимин, реже – ципрофлоксацин, метронидазол, ванкомицин, неомицин.). б. Усиление обезвреживания аммиака в печени (орнитин-аспартат (Гепа-Мерц) в/в 20-40 г/с, затем внутрь 18 г/с, орнитин-α-кетоглутарат (орницетел – в/в 15-25 г/с), липоливая кислота, эссенциальные фосфолипиды). в. Увеличение связывания аммиака в крови (бензоат натрия, фенилацетат натрия). II. Уменьшение тормозных процессов в ЦНС – флумазенил. III. Другие препараты (по показаниям): Глюкокортикоиды, препараты цинка, витамины, растворы электролитов, соды, антикоагулянты, ингибиторы протеолиза, энтеросорбенты и др. 4. Методы экстракорпоральной детоксикации (табл. 16). 5. Трансплантация печени. 	

ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

– функциональная почечная недостаточность (ПН), развивающаяся на фоне портальной гипертензии и печеночной недостаточности	
Тип I	- быстро прогрессирующая ПН (в течение 2 недель)
Тип II	- медленно прогрессирующая ПН (на протяжении месяцев)
Диагностические критерии гепаторенального синдрома	
Основные:	
*- необходимо наличие всех (5) основных критериев	
1	Хроническая патология печени с явной печеночной недостаточностью.
2	Снижение функции почек: уровень креатинина крови до 1,5 мг/дл и/или показатель клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин.
3	Отсутствие других причин для развития ПН.
4	Нет значимого улучшения функции почек после отмены диуретиков и возмещения объема плазмы введением 1,5 л изотонического раствора хлорида натрия (снижение креатинина сыворотки до 1,5 мг/дл и/или повышения КФ до 40 мл/мин и более).
5	Протеинурия менее 500 мг/с при отсутствии УЗИ-признаков обструктивной уropатии или поражения паренхимы почек.
Дополнительные:	
1	Количество отделяемой мочи менее 500 мл/с.
2	Натрии мочи менее 10 мМоль/л.
3	Осмолярность мочи выше осмолярности плазмы.
4	Количество эритроцитов в моче менее 50 клеток в поле зрения.
5	Гипонатриемия (менее 130 мМоль/л).
Общие принципы терапии	
Ограничение приема жидкости (до 1,5 л/с), соли (до 2 г/с), коррекция кислотно-основного состояния и уровня электролитов крови, своевременное выявление и лечение других осложнений цирроза печени (кровотечений, энцефалопатии, перитонита, сепсиса и др.)	
Диуретики	
Вазодилататоры (орнитин –вазопрессин, ангиотензин II)	
Трансъюгулярное внутрипеченочное портокавальное шунтирование	
Гемодиализ и гемофильтрация	
Трансплантация печени	

**ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ СИНДРОМОВ,
ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ**

Синдром	Показатели
Цитолитический	Повышение активности аланиновой трансаминазы (Адат), аспарагиновой трансаминазы (АсАТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и изоэнзима ЛДГ ₅ , гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), увеличение концентрации ферритина и железа сыворотки.
Холестатический	Увеличение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), 5-нуклеотидазы (5-НУК), прямого (конъюгированного) билирубина, холестерина, желчных кислот.
Иммуновоспалительный (мезенхимально-воспалительный)	Ускорение СОЭ, диспротеинемия (гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия), увеличение уровня IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), фибриногена, С-реактивного белка, показателей тимоловой пробы.
Синдром печеночно-клеточной недостаточности	Гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гипопротромбинемия, снижение синтеза факторов свертывания крови (проконвертин, проакцелерин и др.), трансферрина, холестерина, увеличение содержания аммиака и фенолов сыворотки крови.

Таблица 14

**ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ
НЕКОТОРЫХ ФОРМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ**

Тип повреждения печени	Лабораторные исследования
Гепатоцеллюлярный	
Вирусные гепатиты Лекарственные гепатиты Аутоиммунный гепатит	Серологические тесты. Число эозинофилов крови, иммуноглобулины крови, парацетамол и другие токсические вещества в крови. Иммуноглобулины крови, специфические аутоантитела: антинуклеарные (анти-ANA), антигладкомышечные (анти-SMA), антинейтрофильные цитоплазматические антитела р-типа (pANCA), антитела к микросомам печени и почек (анти-LKM), к печеночно-цитозольному антигену (анти-LC), к печеночно-панкреатическому антигену (анти-LP), к растворимому печеночному антигену (анти-SLA).
Гемохроматоз	Уровень железа сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, содержание ферритина, трансферрина сыворотки, глюкоза крови.
Болезнь Вильсона – Коновалова Дефицит α_1 -антитрипсина	Содержание церулоплазмينا и меди в сыворотке крови, суточная экскреция меди с мочей. Уровень α_1 -антитрипсина и ингибитора протеаз.
Холестатический	
Первичный билиарный цирроз	Иммуноглобулины крови, антимитохондриальные и антинуклеарные антитела, антитела к мембранам гепатоцитов.
Инфильтративный	
Гепатоцеллюлярная карцинома	α -фетопротеин

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВПОКАЗАНИЯ К БИОПСИИ ПЕЧЕНИ

Показания	Противопоказания
<p>Гепатомегалия, желтуха неясного генеза; Спленомегалия и гиперспленизм неясного происхождения; Стойкое отклонение печеночных проб неизвестной природы; Острые и хронические болезни печени неясного генеза; Системные заболевания, протекающие с гепатомегалией; При обнаружении сывороточных маркеров вирусов гепатита, для уточнения активности процесса; Подозрение на гепатоцеллюлярную карциному; Подозрение на гемохроматоз, амилоидоз, гликогеноз; Морфологический контроль за эффективностью терапии, прогнозирование течения болезни.</p>	<p><i>Абсолютные</i></p> <p>Выраженные нарушения свертывания крови; Нагноительные процессы в грудной клетке и брюшной полости; Кисты, гемангиомы, эхинококкоз печени; Отсутствие или уменьшение печеночной тупости; Внепеченочная обструкция желчных протоков; Отсутствие согласия больного.</p> <p><i>Относительные</i></p> <p>Тяжелая сердечная и дыхательная недостаточность; Общее тяжелое состояние; Портальная гипертензия; Множественные метастазы опухоли в печень; Снижение протромбинового индекса <50%.</p>

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Принципы лечения	Препараты
Этиотропная терапия	См. табл.18 Выявление и устранение провоцирующих факторов
Диета	Полное исключение алкоголя, ограничение белка (при энцефалопатии) и поваренной соли (при отечно-асцитическом синдроме). 4-5-разовое питание с ограничением жирных, острых и жареных блюд.
Коррекция гипопроteinемии	а) Энтеральное питание (смеси аминокислот с разветвленной боковой цепью) - Гепатонутрил, Нутриком-Гепа, Фрезубин-Гепа, Гепэнцефамин и др. б) Альбумин 10-20% - 50-200 мл/с в/в, аминостерил, гепастерил по 200-400мл/с в/в.
Дезинтоксикационная терапия	Гемодез, полиглюкин , 5% р-р глюкозы с витамином С, р-р Рингера, энтеросорбенты (полифепан 25 г 3 р/д) и др.
Уменьшение гипергаммониемии	См. табл 11.
Лечение отечно-асцитического синдрома	См. табл 17.
Коррекция КОС и водно-солевого баланса	Натрия бикарбонат (с осторожностью, при выраженном ацидозе), препараты калия, кальция
Лечение метаболических расстройств	Рибоксин , ретаболил, витамины В ₁ , В ₆ , В ₁₂ , Е, фолиевая кислота, эссенциале-Н по 2 кап 3р/д, липоевая к-та
Улучшение процессов пищеварения	Креон 25000 (минимикросферы) по 1-2 кап 3 р/с, мезим-форте и др.
Профилактика гастропатии	Фамотидин по 20-40 мг-2р/с, ингибиторы протонной помпы (омепразол по 20 мг –2р/д и др.).
Лечение геморрагического синдрома	Викасол 1% - 1-2 мл п/к
Кровотечение из вен пищевода	Соматостатин 250 мг в/в, октреоктид 0,2 мл 2 р/с в/мыш., вазопрессин, антифибрилитики (ε-аминокапроновая кислота 5%), ингибиторы протеаз, дицинон 250-500 мг, Восстановление центральной гемодинамики (в/в –нативная плазма и плазмозамещающие р-ры) Хирургическое лечение
Уменьшение портальной гипертензии	См. табл 9.
Лечение тромбоза воротной вены	Гепарин, фибринолизин, оперативное лечение
Профилактика инфекций	Антибиотики широкого спектра действия
Методы экстракорпоральной детоксикации.	Энтеродез, плазмаферез и плазмофильтрация, гемосорбция, лимфосорбция
Хирургические методы	См. табл.10

Таблица 17

ЛЕЧЕНИЕ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

1.	Постельный режим, бессолевая диета, ограничение жидкости
2.	<i>Если нет эффекта (увеличения диуреза):</i> 1. + спиронолактон 50-100 мг/с; при необходимости каждые 3-5 дней постепенное повышение до 200 мг (редко до 400мг/с)
3.	<i>Если нет эффекта (увеличения диуреза):</i> 1. + 2. + фуросемид (внутрь или парентерально) 20-80 мг/с, при необходимости – до 120 мг/с
4.	<i>Если нет эффекта (увеличения диуреза):</i> 1. + 2. + 3. + тиазидные диуретики
5.	<i>Если нет эффекта (увеличения диуреза):</i> с целью устранения гиповолемии внутривенно вводится р-р альбумина или коллоидного кровезаменителя
6.	<i>Если нет эффекта от применения консервативной терапии:</i> использование альтернативных методов (парацентез, оперативные методы, трансплантация печени)

Примечание: в процессе лечения обязателен контроль и коррекция уровня калия крови.

Таблица 18

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ ЦИРРОЗА

Форма заболевания	Терапевтические мероприятия
Цирроз вследствие:	
Вирусного гепатита	Противовирусные средства
Аутоиммунного гепатита	Преднизолон 60-20 мг/с (монотерапия) или 5-15 мг/с в качестве поддерживающей дозы в сочетании с: Азатиоприном 25-50 мг/с или делагиллом 0,25-0,5г/с
Первичного билиарного цирроза	Урсодезоксихолевая кислота 750 мг/с Холестирамин 4-12г/с
Гемохроматоза	Дефероксамин (десферал, десферин) 500-1000 мг/с в/мыш Кровопускания Инсулин с учетом выраженности сахарного диабета
Болезни Вильсона-Коновалова	Пеницилламин (купренил) 1000 мг/с