



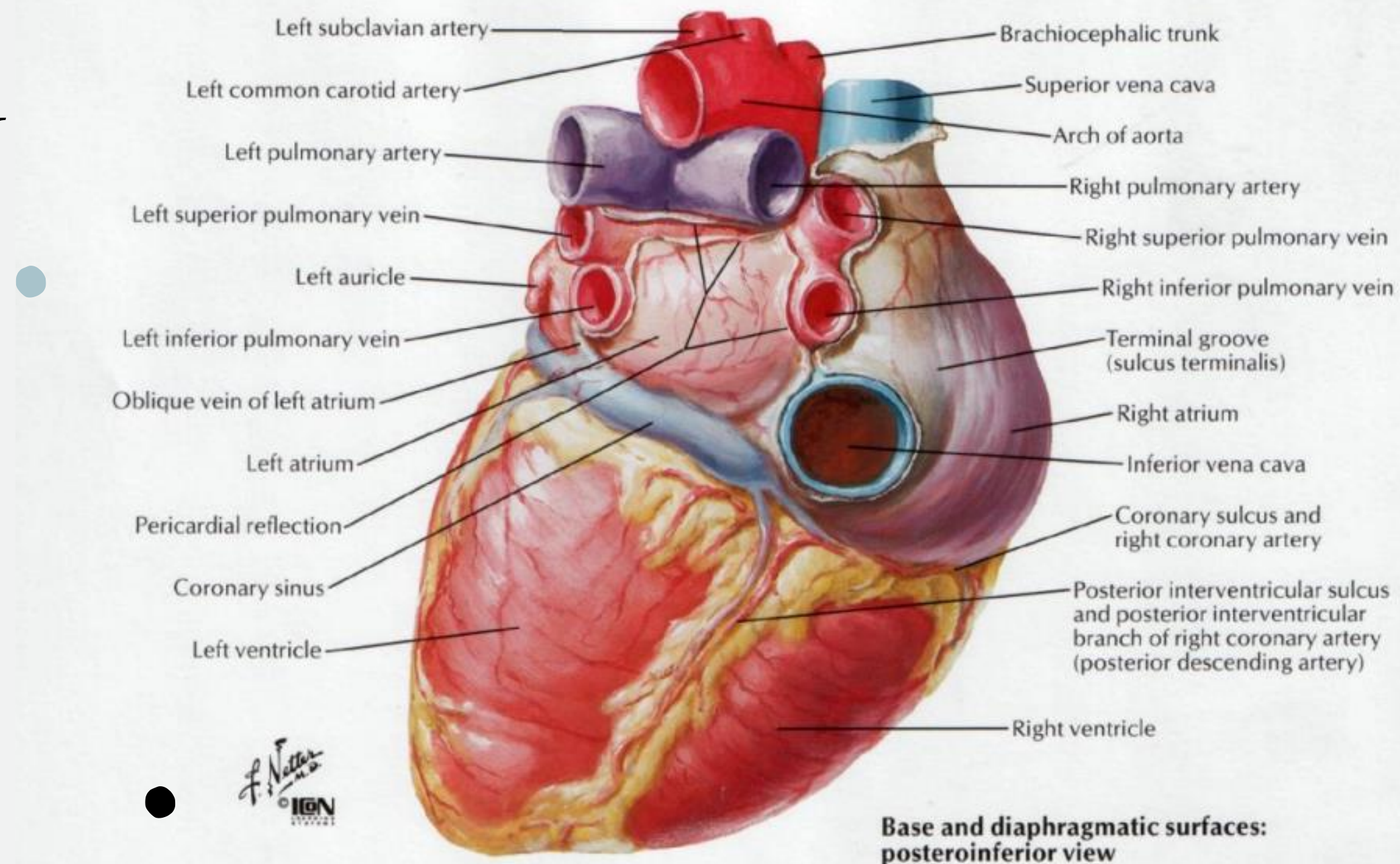
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ТЕРАПИИ ИМ. ПРОФ. А.И. ДЯДЫКА ФНМФО

«Избранные вопросы кардиологии, ревматологии, нефрологии. Посвящена памяти профессора А.И. Дядыка»

г. Донецк, 06 июня 2025

КАРДИАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

к.мед.н. Чубенко Д.С., Иманова И.Р.,
к.мед.н., доцент Мальцева Н.В.,
Черникова А.С.



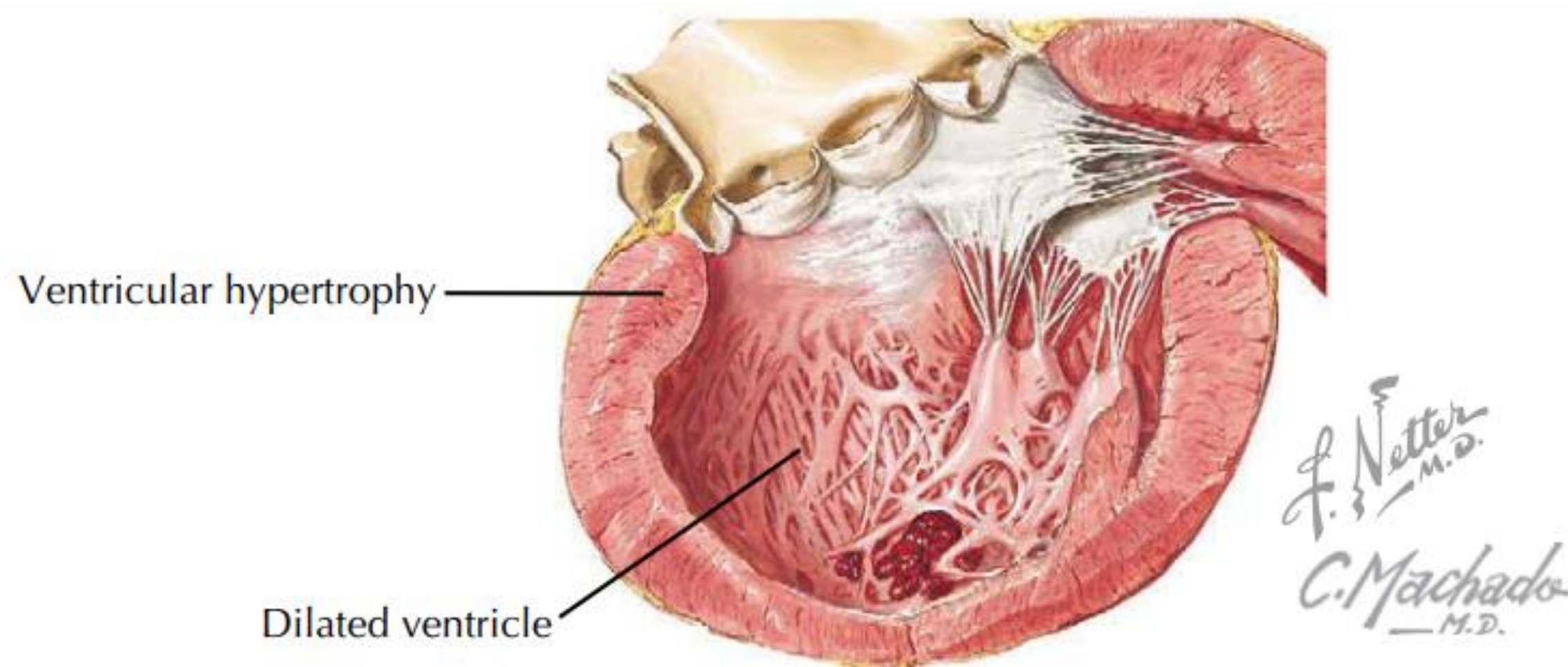
Base and diaphragmatic surfaces:
posteroinferior view

“Межорганные взаимоотношения тканей сердца и печени в литературе впервые описаны еще F. Kiernan в 1833 г. Обнаруженные автором гистологические изменения печени при застойной сердечной недостаточности (СН) названы термином «мускатная печень»”

*Л.Н. Васильева, А.Г. Ксенофонтова, С.В. Баякова. Сердечно-печеночный синдром:
инновационная диагностика методом ультразвуковой эластографии. Acta Medica Eurasica.
2022; № 1: 9-18. <https://acta-medica-eurasica.ru/single/2022/1/2/>*



“Сердечная недостаточность (СН) – это клинический синдром, характеризующийся наличием типичных симптомов (одышка, повышенная утомляемость, отеки голеней и стоп) и признаков (повышение давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки), вызванных нарушением структуры и/или функции сердца, приводящим к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке”

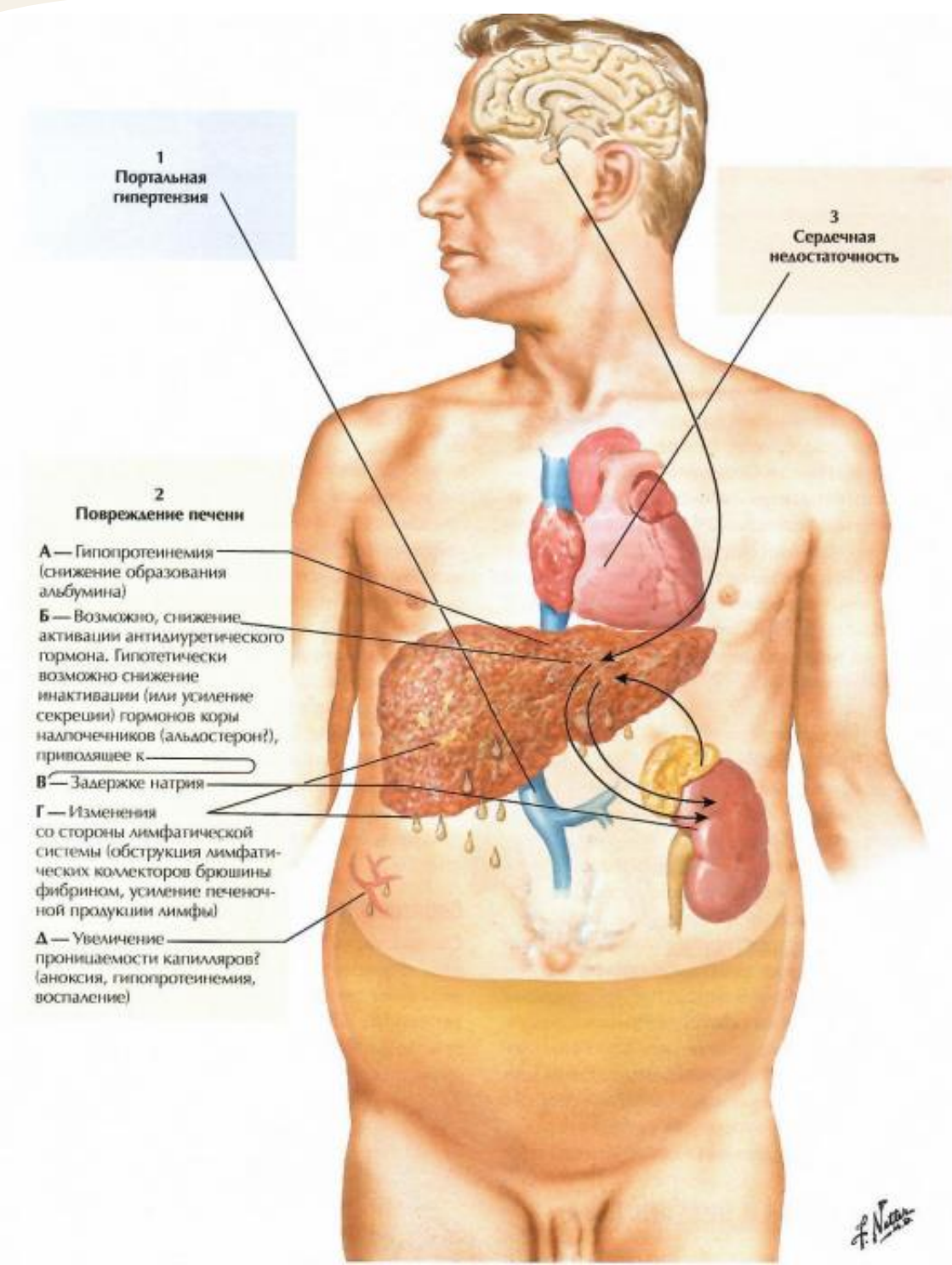


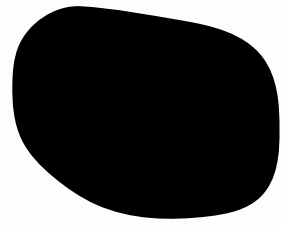
“Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), как осложнение заболеваний сердца, представляет собой постепенно развивающийся системный процесс с многоуровневым поражением органов-мишеней: головного мозга, сосудов, почек, печени”

Л.Н. Васильева, А.Г. Ксенофонтова, С.В. Баякова.
Сердечно-печеночный синдром: инновационная диагностика методом ультразвуковой эластографии. *Acta Medica Eurasica*. 2022; № 1: 9-18. <https://acta-medica-eurasica.ru/single/2022/1/2/>

“Распространенность печеночной дисфункции при острой СН составляет 20–30%”

Xanthopoulos, A, Starling, R, Kitai, T. et al. Heart Failure and Liver Disease: Cardiohepatic Interactions. *J Am Coll Cardiol HF*. 2019 Feb, 7 (2) 87–97.
<https://doi.org/10.1016/j.jchf.2018.10.007>



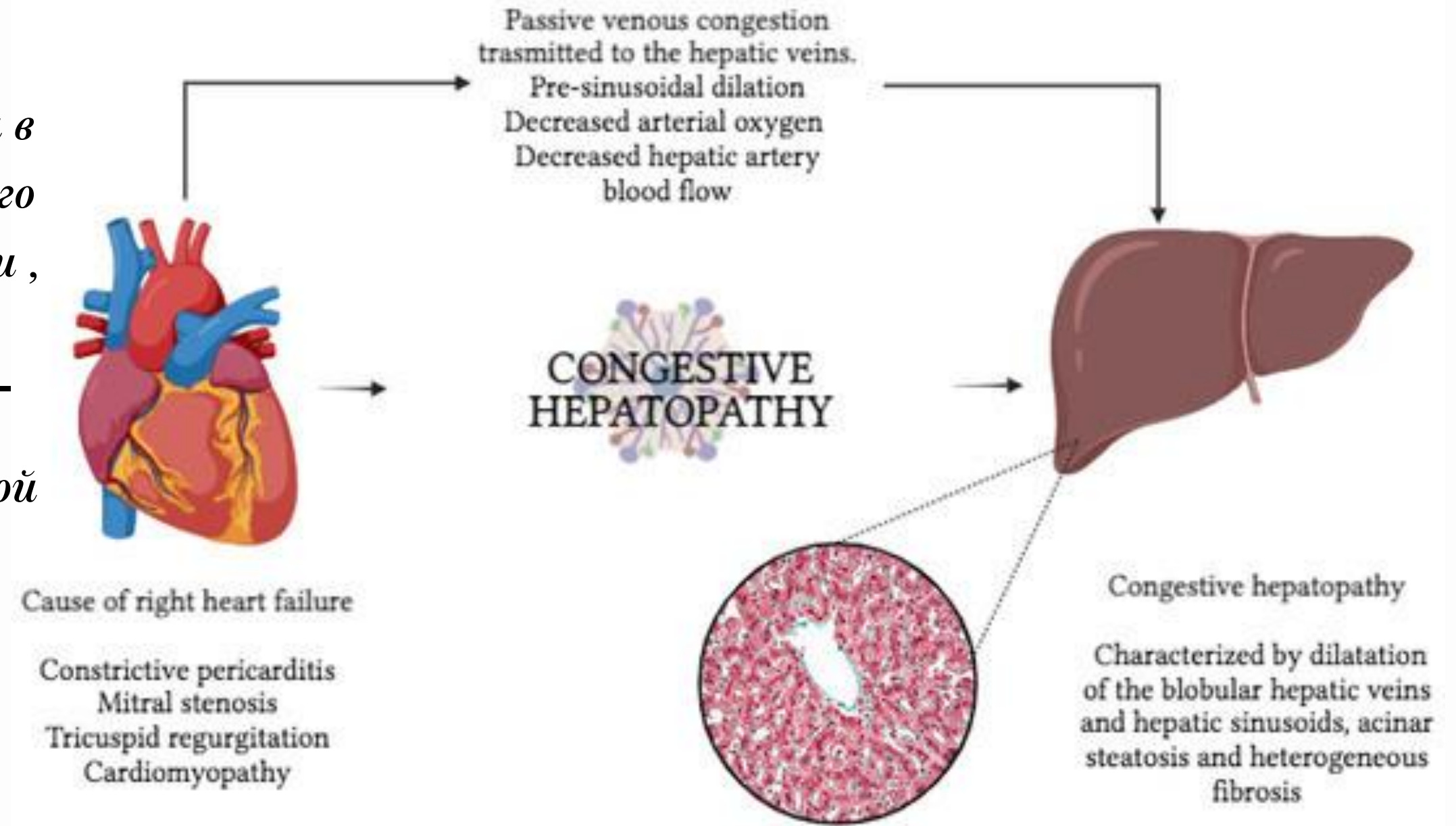


ЭТИОЛОГИЯ

Застойное (пассивное) полнокровие печени чаще всего является результатом повышения давления в системе нижней полой вены, связанного чаще всего с декомпенсацией функции правого желудочка или, реже, обоих желудочков.

Наиболее частыми причинами правожелудочковой сердечной недостаточности являются:

- легочная гипертензия;
- тромбоэмболия легочной артерии;
- первичные заболевания легких;
- врожденные пороки сердца;
- инфаркт миокарда правого желудочка;
- миокардит;
- кардиомиопатии;
- болезни перикарда;
- нарушения сердечного ритма;



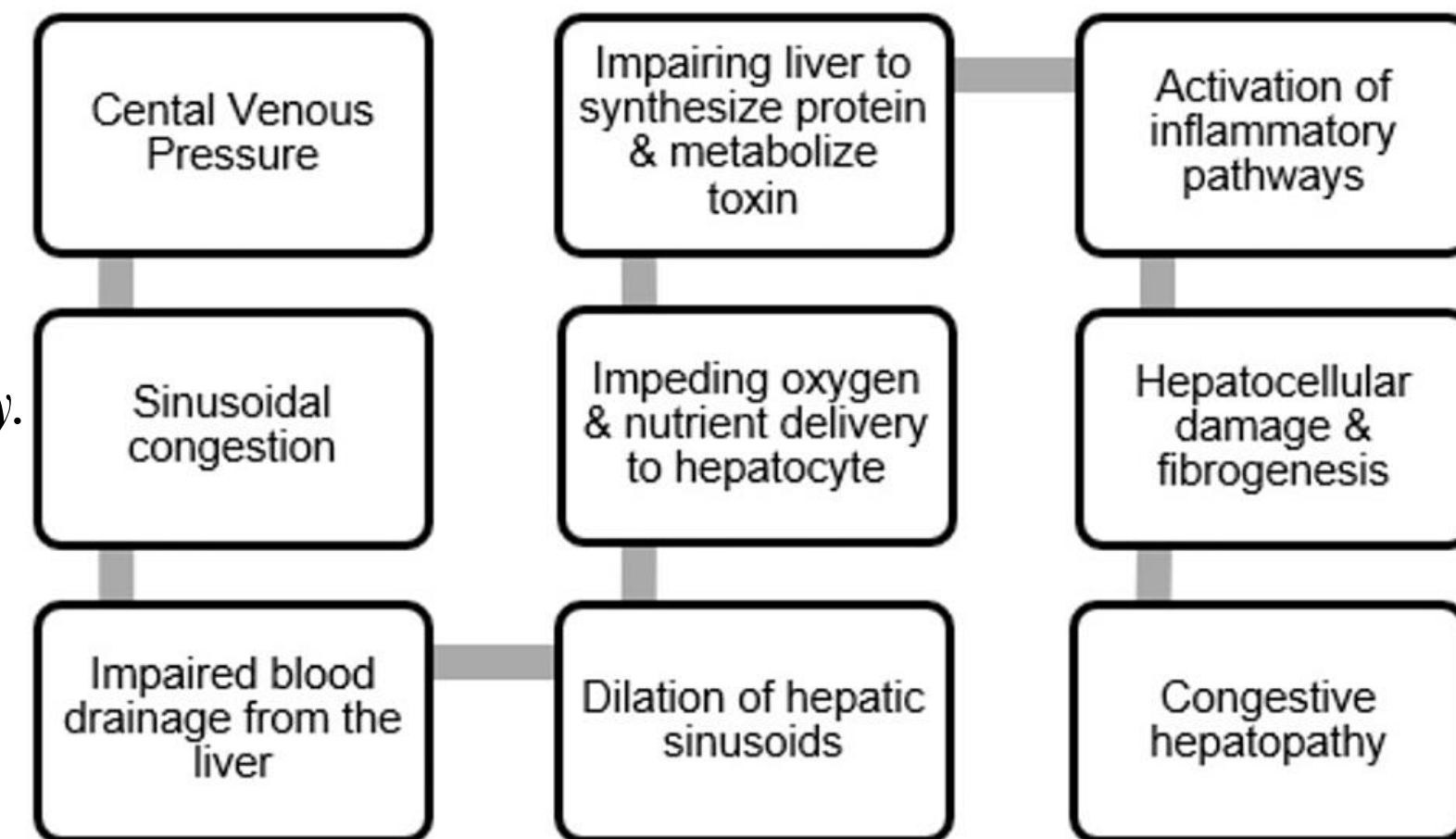
Mattia Arrigo, Lars Christian Huber, Stephan Winnik, Fran Mikulicic, Federica Guidetti, Michelle Frank, Andreas J Flammer, Frank Ruschitzka, Right Ventricular Failure: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment, Cardiac Failure Review 2019;5(3):140–6.

[Xanthopoulos, A, Starling, R, Kitai, T. et al. Heart Failure and Liver Disease: Cardiohepatic Interactions. J Am Coll Cardiol HF. 2019 Feb, 7 \(2\) 87–97.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.jchf.2018.10.007>

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

- Начальным событием в патогенезе печеночного повреждения является повышение центрального венозного давления из-за снижения сердечного выброса и системного застоя, характерного для сердечной недостаточности.
- Это повышенное давление передается ретроградно в печень через систему нижней полый вены и печеночные вены, затрудняя нормальный кровоток.
- В результате возникает расширение печеночных синусоидов и застой в микрососудах печени, что еще больше затрудняет доставку кислорода и питательных веществ к гепатоцитам.
- Застойный кровоток и гипоксия в печени вызывают высвобождение провоспалительных цитокинов и окислительный стресс, что усугубляет гепатоцеллюлярное повреждение и способствует фиброгенезу.
- Возникает фиброз, приводящий к архитектурным искажениям и нарушению структурной целостности печени. Фиброзные изменения увеличивают внутрипеченочное сопротивление, способствуя повышению портального давления. Возникает портальная гипертензия, приводящая к образованию коллатеральных сосудов и осложнениям, таким как асцит и варикозное расширение вен.



Haddadin R, Aboujaoude C, Trad G (April 22, 2024) Congestive Hepatopathy: A Review of the Literature. Cureus 16(4): e58766. doi:10.7759/cureus.58766

- *При прогрессирующем фиброзе и продолжающемся гепатоцеллюлярном повреждении синтетические, метаболические и детоксикационные функции печени нарушаются .*
- *Гипоальбуминемия возникает из-за нарушения синтеза альбумина печенью, что способствует снижению онкотического давления крови и задержке жидкости.*
- *Коагулопатия развивается, вследствие нарушения синтетической функции печени и выработки факторов свертывания.*
- *Желтуха, возникающая в результате накопления билирубина из-за нарушения его конъюгации и выведения печенью, проявляется в виде иктеричности кожи и слизистых.*
- *Кроме того, страдает функция метаболизма лекарственных препаратов, детоксикация ксенобиотиков, повышается восприимчивость к инфекциям.*

Haddadin R, Aboujaoude C, Trad G (April 22, 2024) Congestive Hepatopathy: A Review of the Literature. Cureus 16(4): e58766. doi:10.7759/cureus.58766

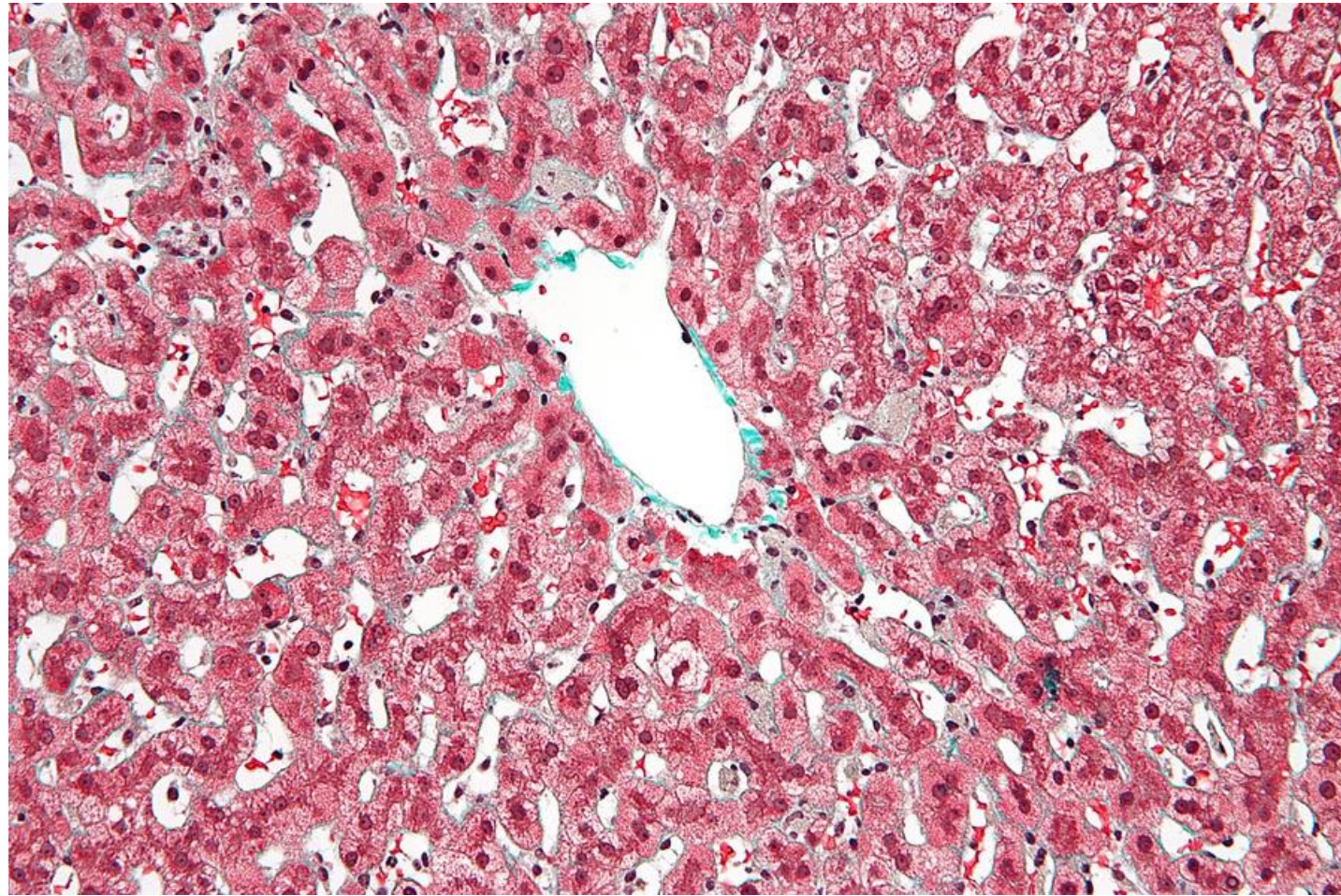
ПАТОАНАТОМИЯ

“Печень при хроническом венозном застое увеличена, плотная, ее края закруглены; поверхность разреза пестрая, серо-желтая с темнокрасным крапом, и напоминает мускатный орех - ”мускатная печень” .”



Патологическая анатомия : учебник 1 А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 880 с.: ил.

ГИСТОПАТОЛОГИЯ



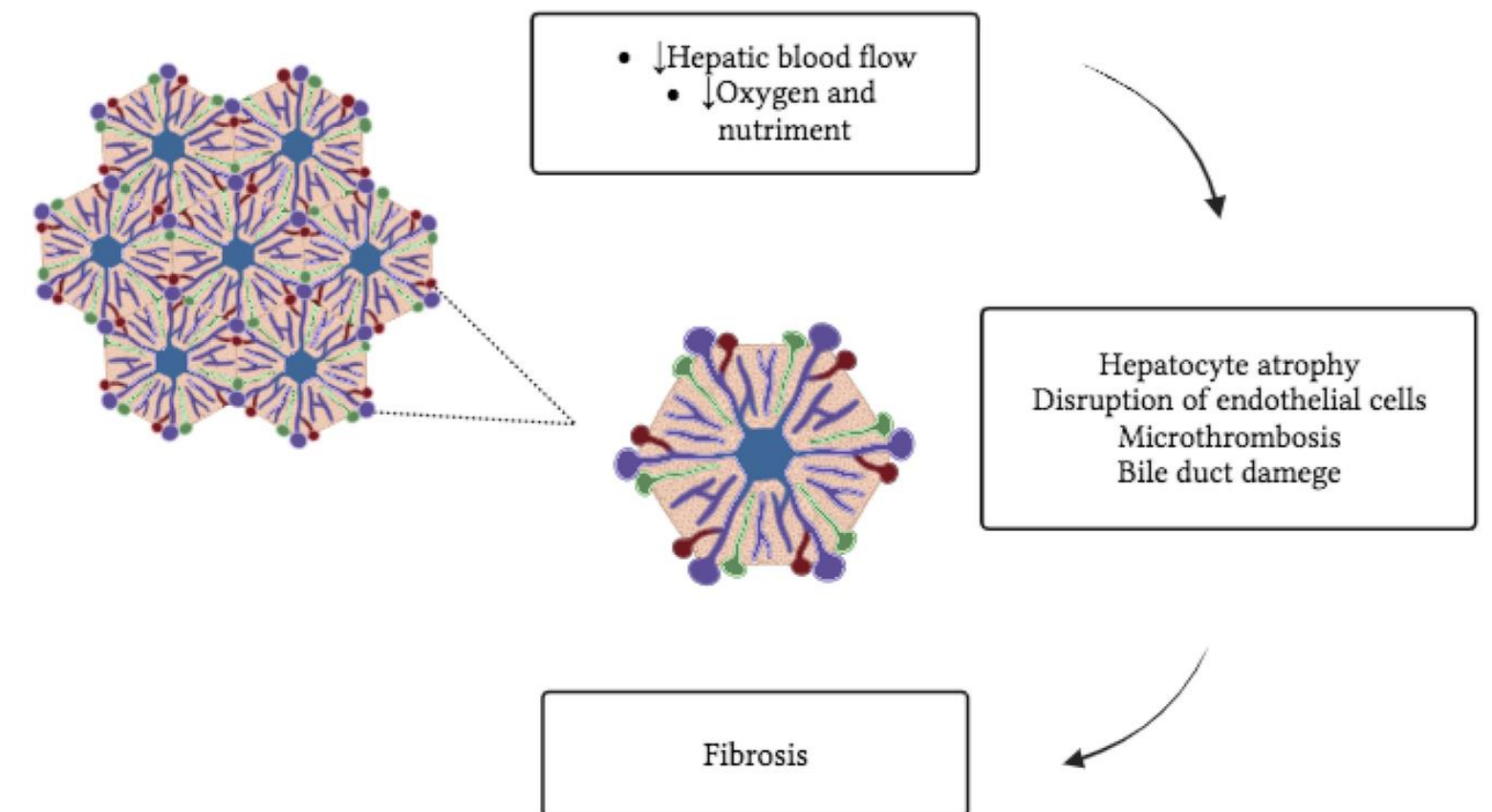
При микроскопическом исследовании видно полнокровие лишь центральных отделов долек, где гепатоциты разрушены. На разрезе печени они выглядят темно-красными. На периферии долек клетки печени находятся в состоянии дистрофии, нередко жировой, чем объясняется серо-желтый цвет печеночной ткани.

Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 880 с. : ил.

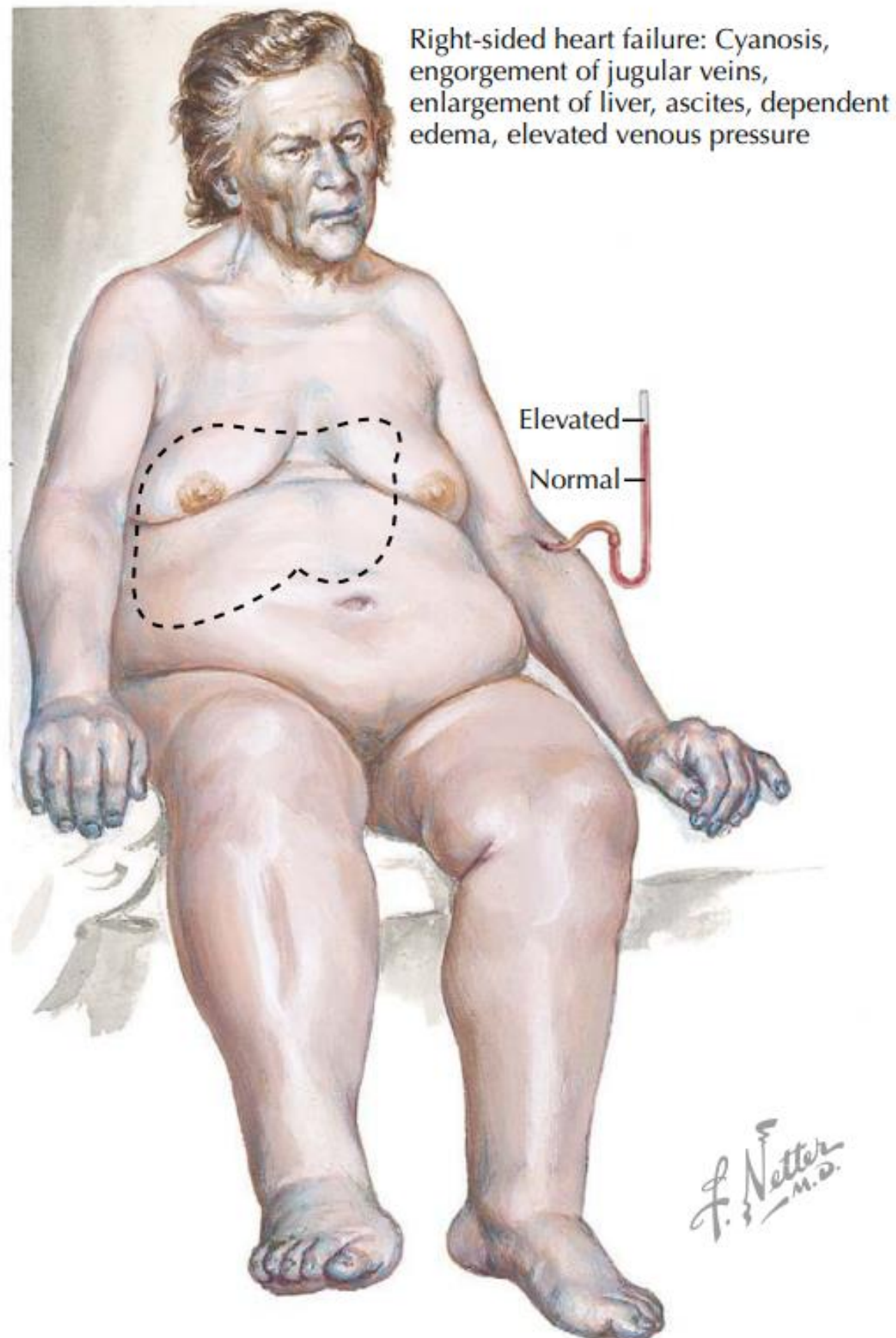
Результаты возникающего синусоидального застоя венозной крови проявляются виде паренхиматозной атрофии, некроза, отложения коллагена, утолщения и склероза центральных вен, и, в конечном счете, портального фиброза.

MedElement. Справочник заболеваний MedElement. Хроническое пассивное полнокровие печени (K76.1).

<https://diseases.medelement.com/disease/хроническое-пассивное-полнокровие-печени-k76-1/4828>



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



У пациентов с застойной гепатопатией в клинической картине преобладают признаки сердечной недостаточности:

- *Периферические отеки, вплоть до анасарки;*
- *Повышение давления в яремных венах;*
- *Положительный симптом Кусмауля - парадоксальное повышение давления в яремной вене во время вдоха;*
- *Гепатоягулярный рефлюкс - набухание яремных вен при надавливании на правое подреберье;*
- *Гепатомегалия. В виде плотной, твердой печени, которая может пульсировать.*
- *Асцит;*
- *Может наблюдаться спленомегалия;*
- *Желтуха;*
- *Печеночная энцефалопатия встречается редко;*
- *Боль в животе из-за растяжения капсулы печени;*
- *Усталость и слабость;*
- *Анорексия, кахексия.*

Mansoor Arif, MD; Chief Editor: Gyanendra K Sharma, MD, FACC, FASE.
Cardiac Cirrhosis and Congestive Hepatopathy. Medscape. Jan 03, 2020.
<https://emedicine.medscape.com/article/151792-clinical#b2>

ДИАГНОСТИКА

Анализы крови играют ключевую роль в диагностике поражения печени, выявляя отклонения в функции печени и параметрах коагуляции.

- Повышенные уровни печеночных ферментов, таких как аспартаттрансаминаза (АСТ) и аланинтрансаминаза (АЛТ), могут указывать на гепатоцеллюлярное повреждение, вторичное по отношению к печеночному застою.*
- Кроме того, повышенные уровни лактатдегидрогеназы (ЛДГ), обычно в 10-20 раз превышающие верхнюю границу нормы, могут наблюдаться после гемодинамического ухудшения при хронической сердечной недостаточности.*
- Уровни билирубина также могут быть повышены. Повышенные уровни билирубина выше среднего могут указывать на возможное прогрессирование острой печеночной недостаточности.*
- Уровни мозгового натрийуретического пептида (BNP) могут служить полезным дополнительным инструментом для дифференциации сердечного асцита и цирротического асцита в неопределенных случаях. Повышенные уровни BNP в сыворотке и асците (> 364 пг/мл) продемонстрировали высокую чувствительность (98%) и специфичность (99%) в прогнозировании сердечных причин асцита, помогая в точной диагностике и лечении.*

Haddadin R, Aboujaoude C, Trad G (April 22, 2024) Congestive Hepatopathy: A Review of the Literature. Cureus 16(4): e58766. doi:10.7759/cureus.58766

- Развившийся в последующем кардиальный фиброз вызывает снижение белоксинтезирующей функции печени с гипоальбуминемией и повышением международного нормализованного отношения (МНО).*

1.Аришева О.С., Гармаш И.В., Сарлыков Б.К. Распространенность и прогностическое значение поражения печени при хронической сердечной недостаточности.Клин фармакол тер. 2021;30(1):70-74. DOI 10.32756/0869-5490-2021-1-70-74.

О.С. Аришевой с соавт. описана классификация сердечно-печеночного синдрома, основанная на изменениях лабораторных показателей:

Тип 1 – гепатоцеллюлярный тип, выявляемый при изолированном повышении аминотрансфераз (АЛАТ, АСАТ) в сыворотке крови;

Тип 2 – холестатический тип, характеризуется изолированным повышением щелочной фосфатазы (ЩФ) и γ -глутамилтранспептидазы (ГГТП) в сыворотке крови;

Тип 3 – диагностируется при превышении показателей общего билирубина сыворотки крови;

Тип 4 – смешанный тип – сочетание нескольких лабораторных типов

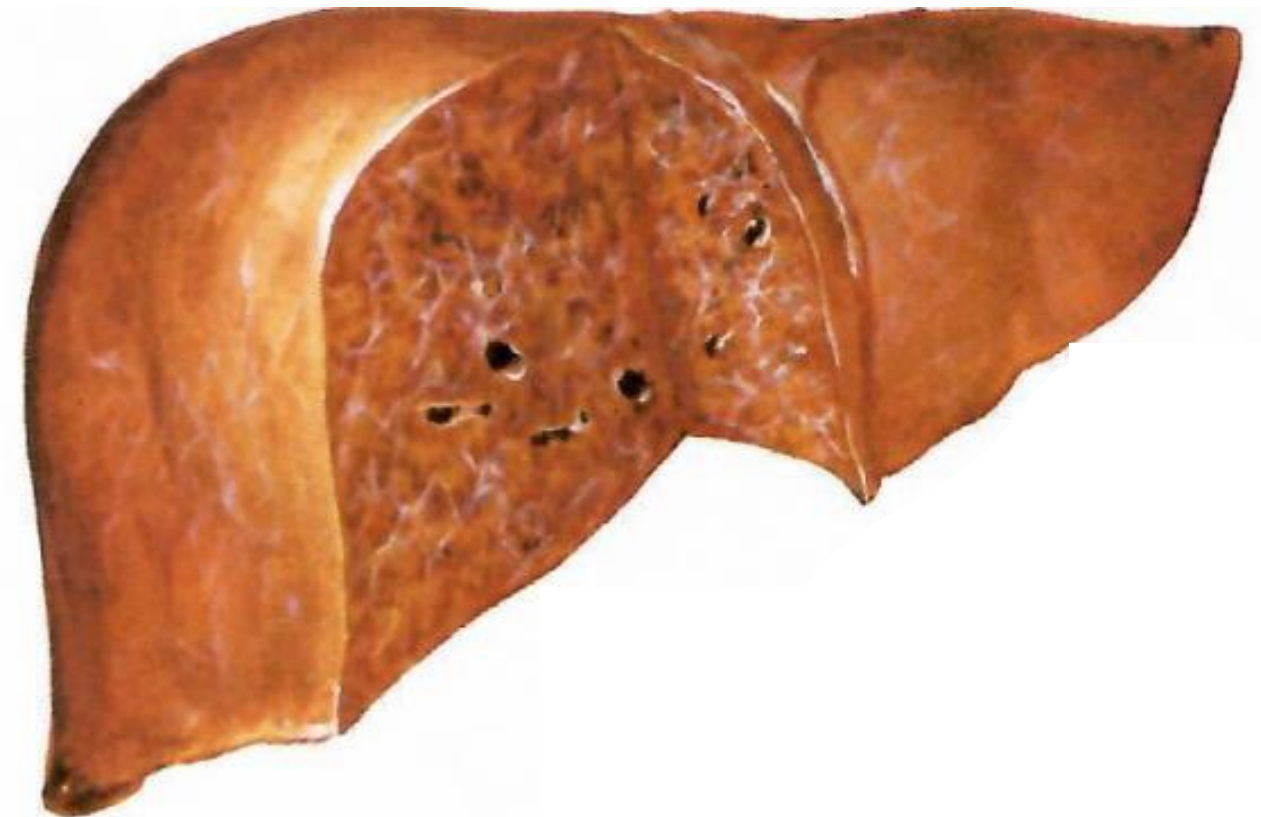
*Аришева О.С., Гармаш И.В., Сарлыков Б.К.
Распространенность и прогностическое значение поражения
печени при хронической сердечной недостаточности. Клин
фармакол тер. 2021;30(1):70-74. DOI 10.32756/0869-5490-
2021-1-70-74.*

Визуализационные исследования играют решающую роль в подтверждении диагноза кардиогенного цирроза печени и выявлении потенциальных осложнений.

- УЗИ брюшной полости служит методом визуализации первой линии из-за его доступности и возможности оценить морфологию и васкуляризацию печени. Результаты УЗИ могут включать увеличение печени, повышенную эхогенность и признаки портальной гипертензии.*
- Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) являются предпочтительными методами для лучшей морфологической характеристики печени.*
- Кроме того, эхокардиография может помочь оценить сердечную функцию и потенциальный вклад сердечных причин в развитие цирроза печени.*

Haddadin R, Aboujaoude C, Trad G (April 22, 2024) Congestive Hepatopathy: A Review of the Literature. Cureus 16(4): e58766. doi:10.7759/cureus.58766

- В некоторых случаях для подтверждения диагноза цирроза и выявления его первопричины может потребоваться биопсия печени. Этот метод хоть и является наиболее информативным, однако является дорогостоящим, инвазивным и сопряжен с риском развития осложнений.*



ЛЕЧЕНИЕ

Лечение кардиального цирроза в контексте правожелудочковой сердечной недостаточности требует междисциплинарного подхода, направленного как на лечение основной сердечной патологии, так и застоя в печени. Хотя не существует прямой терапии, специально нацеленной на кардиальный цирроз, лечение в первую очередь должно быть направлено на лечение основного заболевания, вызывающего застой в печени.

Haddadin R, Aboujaoude C, Trad G (April 22, 2024) Congestive Hepatopathy: A Review of the Literature. Cureus 16(4): e58766. doi:10.7759/cureus.58766

Основные задачи лечения пациентов с сердечной недостаточностью и кардиальным циррозом:

- уменьшение симптомов сердечной недостаточности (одышка, отеки и т.п.),*
- улучшение качества жизни,*
- снижение количества госпитализаций,*
- компенсация цирроза печени,*
- устранение осложнений,*
- улучшение прогноза.*

Лечение правожелудочковой сердечной недостаточности

Целью фармакотерапии является влияние на объем и преднагрузку, сократимость миокарда и постнагрузку правого желудочка, а также устранение нарушений в малом круге кровообращения и наполнении левого желудочка.

Диуретические препараты являются основой терапии для лечения застойных явлений в малом круге кровообращения как при острой правожелудочковой сердечной недостаточности, так и при хронической.

- Петлевые диуретики. При развитии резистентности допустимы высокие дозы;*
- Тиазидные диуретики. Возможна комбинация с петлевыми для усиления экскреции натрия;*
- Ингибиторы карбоангидразы. Могут быть добавлены к лечению для предупреждения гипохлоремического метаболического алкалоза;*
- Антагонисты альдостерона. Назначаются для поддержания гомеостаза калия.*

Чучалин А.Г. Правожелудочковая сердечная недостаточность. Пульмонология. 2019; 29 (2): 135–147. DOI: 10.18093/ 0869-0189-2019-29-2-135-147

Диуретики рекомендуются для улучшения симптомов ХСН у пациентов с признаками задержки жидкости.

Дозы диуретиков, наиболее часто используемых в лечении пациентов с ХСН

Диуретик	Начальная доза	Суточная доза
"Петлевые" диуретики		
Фуросемид**	20-40 мг	40-240 мг
Торасемид	5-10 мг	10-20 мг
Тиазиды		
Гидрохлоротиазид**	12,5-25 мг	12,5-100 мг
Ингибитор карбоангидразы		
Ацетазоламид**	250 мг	750 мг
Калийсберегающие диуретики		
Спиронолактон**	75 мг	100-300 мг

Галявич А. С., Терещенко С. Н., Ускач Т. М., Агеев Ф. Т., Аронов Д. М., Арутюнов Г. П., Беграмбекова Ю. Л., Беленков Ю. Н., Бойцов С. А., Бубнова М. Г., Васюк Ю. А. Виллевальде С. В., Виноградова Н. Г., Гарганеева А. А., Гендлин Г. Е., Гиляревский С. Р., Глезер М. Г., Готье С. В., Гринштейн Ю. И., Довженко Т. В., Драпкина О. М., Дупляков Д. В., Жиров И. В., Затейщиков Д. А., Звартау Н. Э., Иртюга О. Б., Кобалава Ж. Д., Козиолова Н. А., Коротеев А. В., Либис Р. А., Лопатин Ю. М., Мареев В. Ю., Мареев Ю. В., Мацкеплишвили С. Т., Михайлов Е. Н., Насонова С. Н., Нарусов О. Ю., Недогода С. В., Недошивин А. О., Овчинников А. Г., Орлова Я. А., Перепеч Н. Б., Погосова Н. В., Римская Е. М., Самко А. Н., Саидова М. А., Сапельников О. В., Сафиуллина А. А., Ситникова М. Ю., Скворцов А. А., Скибицкий В. В., Стукалова О. В., Тарловская Е. И., Терещенко А. С., Чесникова А. И., Федотов П. А., Фомин И. В., Хасанов Н. Р., Шевченко А. О., Шапошник И. И., Шария М. А., Шляхто Е. В., Явелов И. С., Якушин С. С. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(11):6162. doi: 10.15829/1560-4071-2024-6162. EDNWKIDLJ Российский кардиологический журнал 2024;29(11):6162 КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ doi: 10.15829/1560-4071-2024-6162 ISSN 1560-4071 <https://russjcardiol.elpub.ru> ISSN 2618-7620

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)/валсартан+сакубитрил, бета-адреноблокаторы (β -АБ), антагонисты альдостерона, дапаглифлозин/эмпаглифлозин(ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа) рекомендуются в составе комбинированной четырехкомпонентной терапии для лечения всем пациентам с симптомной хронической сердечной недостаточности.

- Антагонисты рецепторов ангиотензина II в комбинации с прочими препаратами. Валсартан+сакубитрил рекомендуется всем пациентам с симптомной ХСНнФВ при отсутствии противопоказаний . Рекомендуется целевая доза – 97/103 мг 2 раза/сут.

- Применение АРА рекомендуется пациентам с ХСНнФВ только в случае непереносимости валсартана+сакубитрила/иАПФ.

Дозы АРА, рекомендованных для лечения пациентов с ХСНнФВ

Препарат	Начальная доза	Целевая доза
Кандесартан	4 мг 1 раз/сут.	32 мг 1 раз/сут.
Валсартан	40 мг 2 раза/сут.	160 мг 2 раза/сут.
Лозартан**	12,5 мг 1 раз/сут.	150 мг 1 раз/сут.

- *иАПФ рекомендуются всем пациентам с симптомной ХСНнФВ.*

Дозы иАПФ для лечения пациентов с ХСНнФВ [202, 215-221]

ИАПФ	Начальная доза	Максимальная доза
Каптоприл**	6,25 мг 3 раза/сут.	50 мг 3 раза/сут.
Эналаприл**	2,5 мг 1-2 раза/сут. [!]	10-20 мг 2 раза/сут.
Лизиноприл**	2,5-5 мг 1 раз/сут.	20 мг 1 раз/сут.
Рамиприл**	1,25 мг 1 раз/сут.	По 5 мг 2 раза/сут., либо 10 мг 1 раз/сут.
Периндоприл**	2,5 мг 1 раз/сут.	10 мг 1 раз/сут.
Хинаприл	5 мг 1-2 раза/сут.	20 мг 2 раза/сут.
Спироприл	3 мг 1 раз/сут.	6 мг 1 раз/сут.
Фозиноприл	5 мг 1-2 раза/сут.	10-40 мг в сут.

- *β-АБ рекомендуются всем пациентам со стабильной симптомной ХСНнФВ при отсутствии противопоказаний.*

Дозы β-АБ, рекомендованных для лечения пациентов с ХСНнФВ

Бета-адреноблокатор	Начальная доза	Целевая доза
Бисопролол**	1,25 мг 1 раз/сут.	10 мг 1 раз/сут.
Карведилол**	3,125 мг 2 раза/сут.	25-50 мг 2 раза/сут.
Метопролол**, таблетки с пролонгированным высвобождением/ пролонгированного действия	12,5-25 мг 1 раз/сут.	200 мг 1 раз/сут.
Небиволол	1,25 мг 1 раз/сут.	10 мг 1 раз/сут.

- *Антагонисты альдостерона рекомендуются всем пациентам с симптомной ХСНнФВ при отсутствии противопоказаний.*

Дозы антагонистов альдостерона для лечения пациентов с ХСНнФВ

Препарат	Начальная доза	Целевая доза	Максимальная доза
Спиронолактон**	25 мг 1 раз/сут.	25-50 мг 1 раз/сут.	200 мг в сут.
Эплеренон	25 мг 1 раз/сут.	50 мг 1 раз/сут.	50 мг в сут.

- *Дапаглифлозин/эмпаглифлозин рекомендуются всем пациентам с симптомной ХСНнФВ.*

Для лечения препараты дапаглифлозин и эмпаглифлозин применяются в фиксированных дозировках 10 мг/сут.

Галявич А. С., Терещенко С. Н., Ускач Т. М., Агеев Ф. Т., Аронов Д. М., Арутюнов Г. П., Беграмбекова Ю. Л., Беленков Ю. Н., Бойцов С. А., Бубнова М. Г., Васюк Ю. А. Виллевальде С. В., Виноградова Н. Г., Гарганеева А. А., Гендлин Г. Е., Гиляревский С. Р., Глезер М. Г., Готье С. В., Гринштейн Ю. И., Довженко Т. В., Драпкина О. М., Дупляков Д. В., Жиров И. В., Затейщиков Д. А., Звартау Н. Э., Иртюга О. Б., Кобалава Ж. Д., Козиолова Н. А., Коротеев А. В., Либис Р. А., Лопатин Ю. М., Мареев В. Ю., Мареев Ю. В., Мацкеплишвили С. Т., Михайлов Е. Н., Насонова С. Н., Нарусов О. Ю., Недогода С. В., Недошивин А. О., Овчинников А. Г., Орлова Я. А., Перепеч Н. Б., Погосова Н. В., Римская Е. М., Самко А. Н., Саидова М. А., Сапельников О. В., Сафиуллина А. А., Ситникова М. Ю., Скворцов А. А., Скибицкий В. В., Стукалова О. В., Тарловская Е. И., Терещенко А. С., Чесникова А. И., Федотов П. А., Фомин И. В., Хасанов Н. Р., Шевченко А. О., Шапошник И. И., Шария М. А., Шляхто Е. В., Явелов И. С., Якушин С. С. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(11):6162. doi: 10.15829/1560-4071-2024-6162. EDNWKIDLJ Российский кардиологический журнал 2024;29(11):6162 КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ doi: 10.15829/1560-4071-2024-6162 ISSN 1560-4071 <https://russjcardiol.elpub.ru> ISSN 2618-7620

Необходимо сказать, что важно учитывать особенности применения препаратов для лечения сердечной недостаточности при уже развившемся циррозе печени, так как большинство лекарственных средств проходит свой метаболизм в печени.

У больных хроническими заболеваниями печени жирорастворимые препараты могут кумулироваться, вызывая нежелательные эффекты, тогда как концентрация водорастворимых средств у пациентов без гепаторенального синдрома остается близкой к стандартной.

При заболеваниях печени пролекарства в рекомендуемых дозах не могут оказывать достаточного результата, и для достижения терапевтического эффекта требуется увеличение разовых и суточных доз препарата. Поэтому при лечении сердечной недостаточности у лиц с патологией печени необходимо учитывать все фармакологические особенности препаратов различных групп.

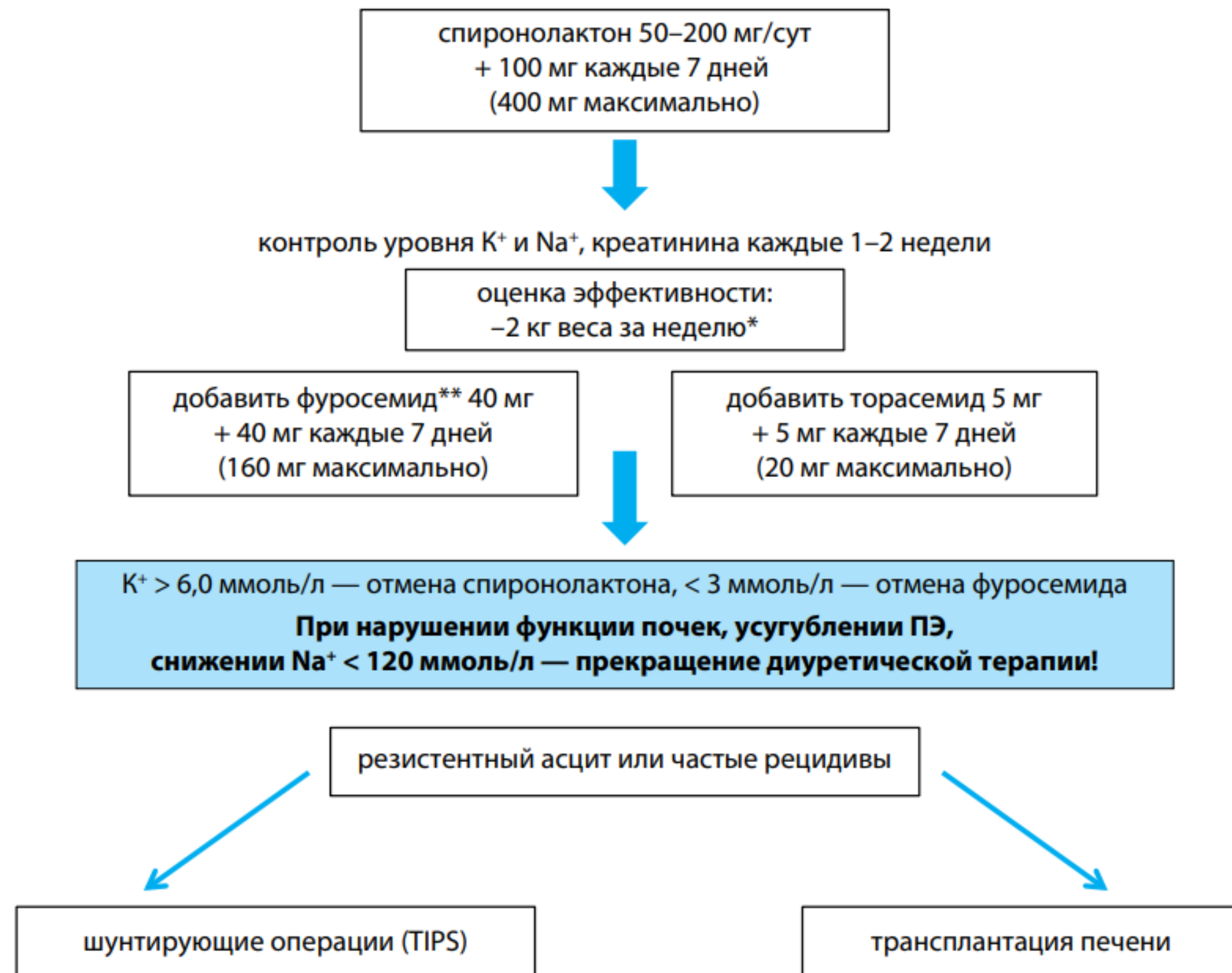
В случае развития симптомов декомпенсации цирроза печени (ЦП) медикаментозная терапия должна быть направлена на коррекцию нарушенных функций органа. Основными показаниями для медикаментозной коррекции являются: асцит, варикозное расширение вен пищевода, печеночная энцефалопатия, гипонатриемия разведения, гепаторенальный и гепатопульмональный синдром, инфекционные осложнения.



- *Лечение пациентов с ЦП и асцитом*
- *Пациенты с первой степенью асцита не нуждаются в лечении и/или назначении диеты ограничением соли.*

Диета с ограничением поступающего с пищей натрия показана пациентам с умеренным, неосложненным асцитом.

- *В дополнение к бессолевой диете рекомендовано назначение диуретиков.*



- *Лечение пациентов с ЦП и с варикозным расширением вен пищевода и желудка*
- *Рекомендовано пациентам с варикозным расширением вен пищевода назначение бета-адреноблокаторов с целью профилактики кровотечения.*

Влияние бета-адреноблокаторов (пропранолол) и альфа- и бета-адреноблокатора (карведилол) на портальную гипертензию опосредуется за счет двух механизмов: снижения сердечного выброса и спланхического кровотока через блокаду бета-рецепторов и спланхической вазоконстрикции, приводящая к снижению портального давления, за счет блокады альфа-1-адренорецепторов.

Препараты целесообразно назначать в дозе, снижающей частоту пульса в покое на 25%, либо, при исходно низком пульсе, до 55 ударов в минуту.

- *Целесообразно решение вопроса о проведении эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен с целью профилактики кровотечения.*
- *При состоявшемся кровотечении из ВРВП необходимо ведение пациента в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.*

- *Лечение печеночной энцефалопатии*

- *Медикаментозная терапия включает применение лактулозы, орнитина (способствуют связыванию аммиака) и антибактериальных препаратов (для подавления аммониепродуцирующей флоры).*
- *Сироп лактулозы принимают в индивидуальной дозе (как правило, это 15–30 мл каждые 12 ч).*
- *Применение рифаксимины рекомендовано в суточной дозе 1200 мг.*
- *Стандартная схема применения орнитина предусматривает внутривенное капельное введение до 40 г (обычно достаточно 20–30 г) препарата в течение 7–14 дней с последующим переходом на пероральный прием 9–18 г в сутки.*
- *Рекомендовано пациентом с ЦП и печеночной энцефалопатией лечебное питание (аминокислоты, включая комбинации с полипептидами, аминокислоты для парентерального питания)*

- *Лечение цирроза печени с инфекционными осложнениями*
- *Рекомендовано незамедлительное назначение эмпирической антибактериальной терапии при подозрении на инфекционное осложнение. Самые частые инфекционные осложнения у пациентов с циррозом печени – мочева инфекция, инфицированный асцит, пневмония, бактериемия.*

Тип инфекции	Внебольничная инфекция	Нозокомиальная инфекция
Мочевая инфекция - без осложнений - SIRS/сепсис	Фторхинолоны (Ципрофлоксацин**) или ко-тримоксазол** (Сульфаметоксазол + Триметоприм) Другие бета-лактамы антибактериальные препараты (Цефалоспорины III поколения) или пиперциллин + тазобактам	Нитрофуран или фосфомицин** Карбапенем +/- антибиотики гликопептидной структуры (ванкомицин**)
Пневмония	Пиперциллин + тазобактам или цефтриаксон** + макролиды, линкозамиды и стрептограммины (макролиды), или левофлоксацин**, или моксифлоксацин**	Цефтазидим** или меропенем** + левофлоксацин** ± антибиотики гликопептидной структуры или линезолид
Инфекции мягких тканей	Пиперциллин + тазобактам или другие бета-лактамы антибактериальные препараты (цефалоспорины III поколения) + оксациллин**	Другие бета-лактамы антибактериальные препараты (Цефалоспорины III поколения), или меропенем** + оксациллин**, или антибиотики гликопептидной структуры, или даптомицин, или линезолид

- *Лечение цирроза печени с гепаторенальным синдромом с критериями острого повреждения почек*
- *Отмена нефротоксичных препаратов, диуретиков, нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов, бета-адреноблокаторов, лечение бактериальной инфекции.*
- *Следующим шагом следует восполнение ОЦК при гиповолемии кристаллоидными растворами.*
- *При напряженном асците рекомендовано выполнение лечебного лапароцентеза в сочетании с введением альбумина человека с целью улучшения функции почек.*
- *Рекомендовано введение терлипрессина и альбумина человека всем пациентам с ренальными осложнениями, с целью уменьшения спланхической артериальной вазодилатации и улучшения почечной перфузии.*

- *Лечение цирроза печени с гипонатриемией разведения*
- *Пациентам с гиповолемической гипонатриемией рекомендовано устранение причины гипонатриемии и введение растворов электролитов (0,9 % изотонический раствор натрия хлорида).*
- *Пациентам с гиперволемической гипонатриемией рекомендовано ограничение объема жидкости до 1 литра в день и отмена диуретиков для предотвращения дальнейшего падения уровня натрия.*
- *Лечение цирроза печени с гипонатриемией разведения*
- *Пациентам с печеночным гидротораксом показана диуретическая терапия, а при ее неэффективности лечебный торакоцентез.*

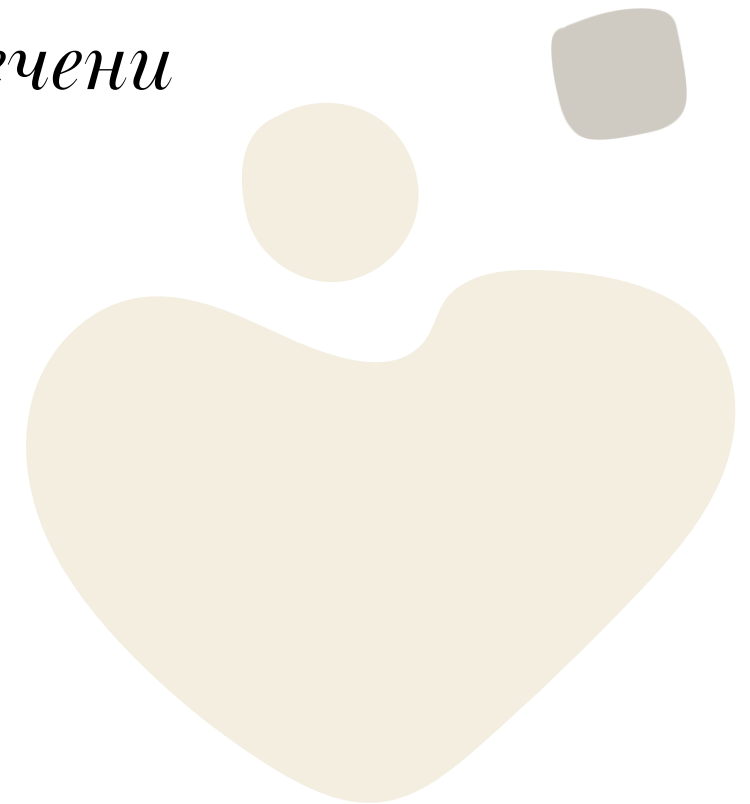
- *Хирургическое лечение*
- *Как правило, никакие хирургические методы не применяются для лечения собственно кардиального цирроза.*
- *Определенный оптимизм вызывают сообщения об успешном наложении трансюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунта, хотя такие операции сопряжены с огромным риском острой правожелудочковой декомпенсации вследствие резкого возрастания венозного возврата.*

Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Жаркова М.С., Жигалова С.Б., Киценко Е.А., Манукьян Г.В., Трухманов А.С., Маев И.В., Тихонов И.Н., Деева Т.А. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению фиброза и цирроза печени и их осложнений. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(6):56–102. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-56-102>

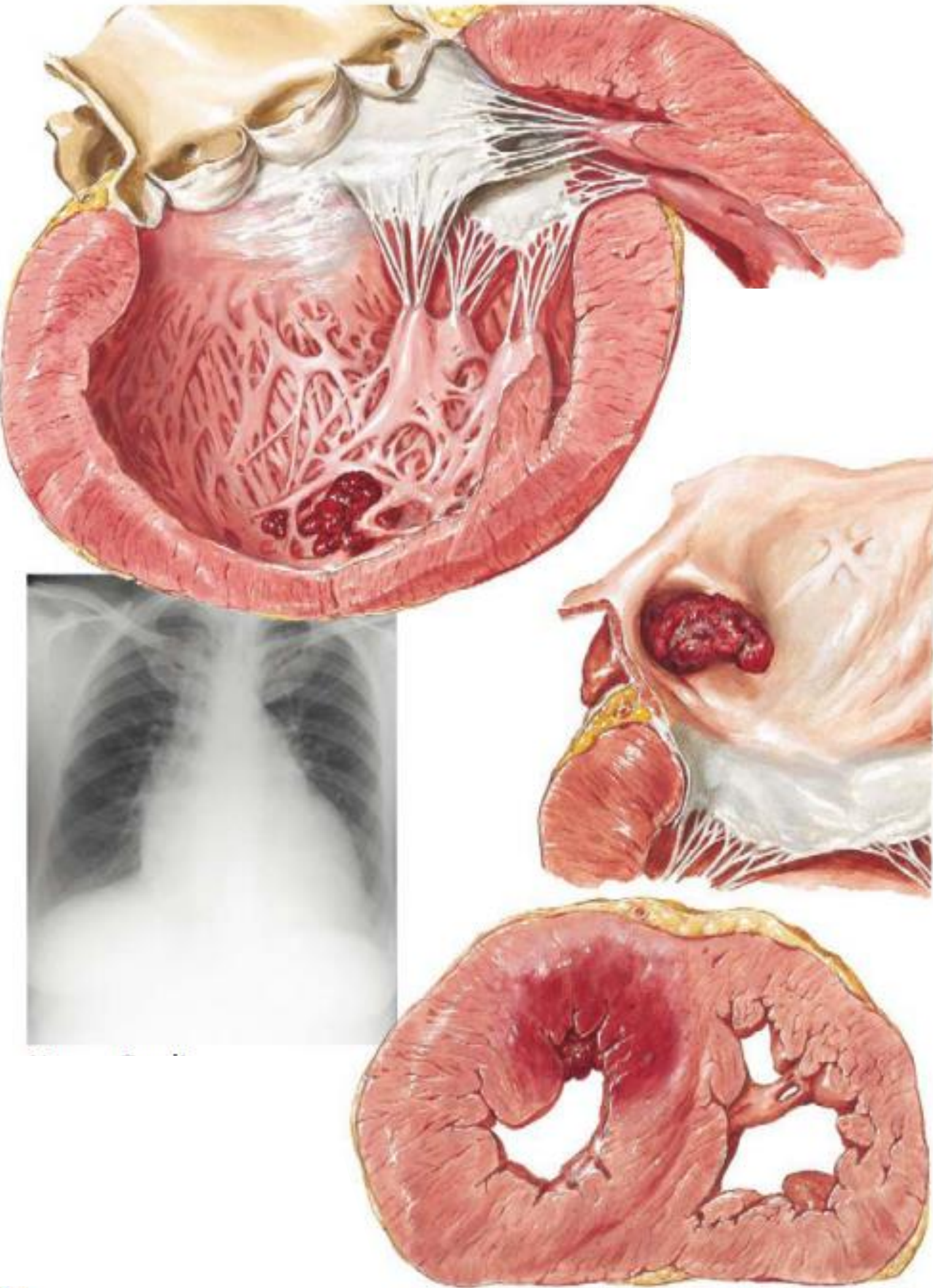
ПРОГНОЗ

Влияние кардиального цирроза на выживаемость пациентов с хронической сердечной недостаточностью неизвестно, однако цирроз является одним из относительных противопоказаний к пересадке сердца.

Тем не менее, исследования по изучению обратимости сердечного цирроза у пациентов, перенесших пересадку сердца, показали, что синтетическая функция печени значительно улучшилась в течение 3 месяцев после пересадки.



**СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ !**



*F. Netter
M.D.*

