

УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИ С ЧЕРНОДРОБНА ЦИРОЗА ОТ КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

Автор: Анелия Ангелова Илиева

гр. Враца ПК 3000

Институция: Медицински университет - София

Филиал „Проф. д-р Иван Митев” – Враца

Абстракт

Цирозата на черния дроб е хронично чернодробно заболяване, придружено от необратимо заместване на паренхимната тъкан на черния дроб с фиброзна съединителна тъкан или строма. Циротичният черен дроб е увеличен или намален по размер, необичайно плътен, неравен, грапав. Първото известно описание на болестта е от Хипократ през 5 век пр. н.е.

По-често се наблюдава при мъжете: съотношението мъже и жени е средно 3:1. Заболяването може да се развие във всички възрастови групи, но по-често след 40 години. Цирозата се характеризира с общи симптоми: слабост, намалена работоспособност, дискомфорт в корема, мирис на ментол от устната кухина, диспептични разстройства, треска, болки в ставите, метеоризъм, болка и чувство на тежест в горната част на корема, тегло загуба, астения. При преглед се открива увеличение на черния дроб, уплътняване и деформация на повърхността му, заточване на ръба.

Лечението на цироза на черния дроб се състои в употребата на лекарства и стриктно спазване на диетата, но образуваната цироза на черния дроб е необратима: черният дроб в това състояние не може да бъде излекуван, единственият начин да се спаси животът на пациента е черният дроб трансплантация.

Превантивни действия:

- предотвратяване на инфекция с остър вирусен хепатит
- отказване от алкохола
- защита срещу хепатотоксични лекарства

Необходимо е да се вземат предвид навиците на пациента, толерантността към храната и съпътстващите заболявания на храносмилателната система. Диетата се променя при наличие на усложнения на портална хипертония (едематозно-асцитичен, хепаторенален синдром, чернодробна енцефалопатия и др.).

Ключови думи: черен дроб, цироза, стеатоза

Въведение

Чернодробната цироза (на старогръцки *κίρρωσις* - червен, кехлибарен) е хронично чернодробно заболяване, придружено от необратимо заместване на паренхимната тъкан на черния дроб с фиброзна съединителна тъкан или строма.

Циротичният черен дроб е увеличен или намален по размер, необичайно плътен, неравен, грапав. Десетгодишната смъртност от диагностицирането е 34-66%, в зависимост от причините: алкохолната цироза има по-лоша прогноза, отколкото свързаната с други причини. Първото известно описание на болестта е от Хипократ през 5 век пр.н.е.[2]. Самият термин "цироза" е въведен през 1819 г. поради жълтеникавия цвят на болния черен дроб [3].

Изложение

В икономически развитите страни цирозата е една от шестте основни причини за смърт при пациенти на възраст от 35 до 60 години, което представлява 14-30 случая на 100 000 души от населението. Всяка година 40 милиона души умират в света [5] от вирусна цироза на черния дроб и хепатоцелуларен карцином, който се развива на фона на носителството на вируса на хепатит В. В страните от ОНД цирозата се среща при 1% от населението. По-често се наблюдава при мъжете: съотношението мъже и жени е

средно 3:1. Заболяването може да се развие във всички възрастови групи, но по-често след 40 години [6].

По-често цирозата се развива при продължителна алкохолна интоксикация (според различни източници, от 40-50% до 70-80%) и на фона на вирусен хепатит В, С и D (30-40%) и паразитни инфекции. По-редки причини за цироза са заболявания на жлъчните пътища (интра- и екстрахепатални), застойна сърдечна недостатъчност, различни химични (хепатотоксини) и лекарствени интоксикации. Цирозата може да се развие и при наследствени метаболитни нарушения (хемохроматоза, хепатолентикуларна дегенерация, дефицит на α 1-антитрипсин) и оклузивни процеси в системата на порталната вена (флебопортална цироза).

Сред инфекциозните фактори: хроничен вирусен хепатит, особено В и С, гъбички (кандидоза, аспергилоза). Паразитни инвазии: трематоди (шистозомиаза, описторхоза). Първичната билиарна цироза на черния дроб възниква предимно без видима причина. При приблизително 10-35% от пациентите етиологията остава неясна. В продължение на много месеци и години геномът на хепатоцитите се променя и се създават клонове на патологично променени клетки. В резултат на това се развива имуновъзпалителен процес.

Различават се следните етапи на патогенезата на цирозата [7]:

- Действие на етиологични фактори: цитопатогенен ефект на вируси, имунни механизми, влияние на хепатотоксични цитокини, хемокини, прооксиданти, ейкозаноиди, ацеталдехид, желязо, продукти на липидна пероксидация
- Активиране на функцията на клетките на Ito, което води до прекомерен растеж на съединителната тъкан в пространствата на Disse и перицелуларна фиброза на черния дроб
- Нарушаване на кръвоснабдяването на чернодробния паренхим поради капиларизация на синусоидите и намаляване на съдовото легло с развитието на исхемична некроза на хепатоцитите
- Активиране на имунните механизми на цитолизата на хепатоцитите

При мостова некроза на хепатоцитите, Т-лимфоцитите се изтеглят в засегнатата област, които активират Ito клетките, придобивайки свойства, подобни на фибробласти: те синтезират колаген тип I, което в крайна сметка води до фиброза. В допълнение, микроскопски в чернодробния паренхим се образуват фалшиви лобули, които нямат централна вена.

Алкохолна цироза на черния дроб. Стадии: остър алкохолен хепатит и мастен черен дроб с фиброза и мезенхимна реакция. Най-важният фактор е некрозата на хепатоцитите, причинена от директния токсичен ефект на алкохола, както и автоимунни процеси [7].

Вирусна цироза на черния дроб. Важен фактор е сенсibiliзацията на имуноцитите към собствените тъкани на тялото. Основната цел на автоимунната реакция е чернодробният липопротеин [7].

Застойна цироза на черния дроб. Некрозата на хепатоцитите е свързана с хипоксия и венозна конгестия. Развива се портална хипертония - повишаване на налягането в системата на порталната вена поради запушване на интра- или екстрахепатални портални съдове. Това води до порто-кавален шунт, спленомегалия и асцит. Тромбоцитопения (повишено отлагане на тромбоцити в далака), левкопения и анемия, дължащи се на повишена хемолиза на червените кръвни клетки, са свързани със спленомегалия. Асцитът води до ограничаване на подвижността на диафрагмата, гастроезофагеален рефлукс с пептични ерозии, язви и кървене от варици на хранопровода, коремна херния, бактериален перитонит и хепаторенален синдром. При пациенти с цироза на черния дроб често се наблюдават хепатогенни енцефалопатии [7].

Първична билиарна цироза на черния дроб. Основното място принадлежи на генетичните нарушения на имунорегулацията. Първо се разрушава жлъчният епител, последвано от некроза на тубулните сегменти и по-късно тяхната пролиферация, която е придружена от нарушена жлъчна екскреция. Стъпките на процеса са [3]:

- хроничен негноен деструктивен холангит
- дуктуларна пролиферация с разрушаване на жлъчните пътища
- ръбцуване и намаляване на жлъчните пътища
- макронодуларна цироза с холестаза

Повечето екстрахепатални симптоми се дължат на повишаване на налягането в синусоидите, което води до повишаване на налягането в порталната венозна система. портална хипертония. Също така характерен симптом е "главата на медуза" - препълване на вените на предната коремна стена [6].

Цирозата се характеризира с общи симптоми: слабост, намалена работоспособност, дискомфорт в корема, мирис на ментол от устната кухина, диспептични разстройства, треска, болки в ставите, метеоризъм, болка и чувство на тежест в горната част на корема, тегло загуба, астения. При преглед се открива увеличение на черния дроб, уплътняване и деформация на повърхността му, заточване на ръба. Първо, има равномерно умерено увеличение на двата лоба на черния дроб, по-късно, като правило, преобладава увеличението на левия лоб. Порталната хипертония се проявява с умерено увеличение на далака [1].

Разширената клинична картина се проявява чрез синдроми на хепатоцелуларна недостатъчност и портална хипертония. Има подуване на корема, лоша поносимост към мазни храни и алкохол, гадене, повръщане, диария, чувство на тежест или болка в корема (главно в десния хипохондриум). В 70% от случаите се открива хепатомегалия, черният дроб е уплътнен, ръбът е заострен. При 30% от пациентите палпацията разкрива нодуларна повърхност на черния дроб. Спленомегалия при 50% от пациентите.

Субфебрилната температура може да бъде свързана с преминаването на чревни бактериални пирогени през черния дроб, които той не е в състояние да неутрализира. Треската е устойчива на антибиотици и изчезва само когато чернодробната функция се подобри [2].

Характерна е повишена активност на ALT, AST, алкална фосфатаза, левкоцитоза. При хепатолиенален синдром може да се развие хиперспленизъм, проявяващ се с левкопения, тромбоцитопения, анемия и увеличаване на клетъчните елементи в костния мозък. Разширени и изкривени венозни колатерали се откриват чрез ангиография, компютърна томография, ултразвук или по време на операция [5].

Лечението на цироза на черния дроб се състои в употребата на лекарства и стриктно спазване на диетата, но образуваната цироза на черния дроб е необратима: черният дроб в това състояние не може да бъде излекуван, единственият начин да се спаси животът на пациента е черният дроб трансплантация [9].

Превантивни действия

- предотвратяване на инфекция с остър вирусен хепатит
- отказване от алкохола
- защита срещу хепатотоксични лекарства

Диетата при цироза трябва да бъде пълноценна, да съдържа 70-100 g протеин (1-1,5 g на 1 kg телесно тегло), 80-90 g мазнини (от които 50% от растителен произход), 400-500 g въглехидрати. Необходимо е да се вземат предвид навиците на пациента, толерантността към храната и съпътстващите заболявания на храносмилателната система [8]. Химически добавки, консерванти и токсични съставки са изключени.

Диетата се променя при наличие на усложнения на порталната хипертония (едематозно-асцитичен, хепаторенален синдром, чернодробна енцефалопатия и др.) [7].

Заклучение

Удовлетвореността на пациентите в здравния сектор е критичен фактор, който има голямо значение както за същите пациенти, така и за самите здравни организации и системи. Важността на удовлетвореността на пациентите се оказва върху няколко ключови аспекта:

- Удовлетвореността на пациентите подчертава пациентоориентирания подход в здравния сектор. Когато пациентите са доволни от предоставените услуги и грижи, това допринася за по-добро отношение, разбирателство и доверие между пациентите и медицинския персонал.
- Удовлетворените пациенти са по-склонни да спазват лечението си и да следват указанията на лекарите, което в крайна сметка подобрява ефективността на медицинската грижа. Следователно, повишена удовлетвореност води до по-добро качество на здравните грижи и резултати.
- Удовлетвореността на пациентите помага на здравните организации да идентифицират успешни практики и да променят тези, които не се показват ефективни. Приемането на обратна връзка от пациентите допринася за непрекъснато подобрене на процесите и стандартите на грижата.
- Когато пациентите са доволни, те по-малко често използват излишни медицински ресурси. Това намалява натоварването на здравната система и спомага за оптимизиране на използваните ресурси.
- Положителната репутация на здравните институции и лоялността на пациентите са съществени за привличането на нови пациенти и за поддържането на дългосрочни взаимоотношения с тях.

Литература

- Садовникова И. И. Циррозы печени. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения // РМЖ. — 2003. — Т. 5, № 2.
- А. В. Яковенко, Э. П. Яковенко. Цирроз печени: вопросы терапии // Consilium medicum. — 2006. — Т. 8, № 7.
- Monarch Disease Ontology release 2018-06-29sonu — 2018-06-29 — 2018.
- Cohn, Stephen M. Cohn, Steven T. Brower. Surgery: Evidence-Based Practice (англ.). — PMPH-USA, 2012. — 1018 p. — ISBN 9781607951094.
- Ariel Roguin. Rene Theophile Hyacinthe Laënnec (1781–1826): The Man Behind the Stethoscope (англ.) // Clinical Medicine and Research. — 2006. — Vol. 4, iss. 3. — P. 230—235. — ISSN 1539-4182.
- WHO Disease and injury country estimates. World Health Organization (2009)
- Pugh R.N.H., Murray-Lyon I.M., Danson J.L. et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices // Brit. J. Surg. — 1973. — Vol. 60. — № 8. — P. 646—648.
- Habib A., Bond W. M., Heuman D. M. Long-term management of cirrhosis: appropriate supportive care is both critical and difficult // Postgrad. Med. — 2001. — Vol. 109, № 3. — P. 101—113.
- Le Gall J.-R., Loraire PH., Alperovitch A. et al. A simplified acute physiology score for ICU patients // Crit. Care Med. — 1984. — Vol. 12. — P. 975—977.