



ITALY



ITALY

БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ**Исматова Раъно Ахадовна**к.т.н., PhD, директор Академического лицея №1
при Бухарском государственном медицинском институте

email: lyuba-ali-1988@mail.ru

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11194616>

Аннотация. Цирроз печени – одна из важнейших причин смертности во многих регионах мира и в нашей стране. Известно, что у пациентов с циррозом печени нарушения функции сердца, систолическая/диастолическая дисфункция и электрофизиологические аномалии. В нашем исследовании мы исследовали взаимосвязь между некоторыми эхокардиографическими и биохимическими параметрами, связанными с цирротической кардиомиопатией у больных циррозом печени. С марта 2021 г. по май 2023 г. 44 пациента с заболеванием печени цирроз печени (24 мужчины и 20 женщин), обращающихся в амбулаторные клиники внутренних болезней и были включены гастроэнтерология и контрольная группа из 30 человек (16 мужчин и 14 женщин). Участников оценивали с помощью электрокардиографии (ЭКГ). Эхокардиография, Pro-BNP и другие биохимические маркеры. Больной циррозом печени – это пациент с тяжелым течением заболевания и печень можно безопасно лечить. Если трансплантация не произведена, прогноз совсем неблагоприятный.

Ключевые слова: печень, цирроз, кардиомиопатия, гастроэнтерология, рак, гепаторенальный синдром, микронодулярный цирроз печени, макронодулярный цирроз печени

Цирроз печени с одной стороны напрямую увеличивает риск рака, кровотечения или инфекции, дополнительные условия, такие как может еще больше ухудшить и без того плохой прогноз у пациентов, сердечное при циррозе печени функциональное ухудшение часто не диагностируется, но такое ухудшение может произойти, особенно в острой форме.

На фоне декомпенсированного цирроза печени это приводит к увеличению риска смерти; сердце в этих картинах. Отсутствие возможности увеличивать скорость потока может привести к негативным последствиям, вероятно, способствует. Недостаточность сердечного выброса, почечной перфузии.





ITALY



ITALY

Он может способствовать патогенезу гепаторенального синдрома, вызывая снижение артериального давления. Он увеличивает сократимость сердца, а также уменьшает задержку натрия и воды в почках за счет активации ренин-ангиотензиноподобной системы.

Стимуляция симпатической активации также помогает в этой ситуации. Увеличение сердечного выброса впервые было обнаружено у больных циррозом печени более пятидесяти лет назад.

было определено. Различные наблюдения позднее выявили скрытую сердечную дисфункцию. Показали, что наблюдается снижение сократительной способности сердца, систолического и диастолического представляло собой сочетание дисфункции и электрофизиологических нарушений [1-3]. Этот Синдром называется цирротической кардиомиопатией. Результаты экспериментальных исследований, указывает на то, что в патофизиологию этого состояния вовлечены различные механизмы;

например снижение передачи сигнала бета-адренергических рецепторов, трансмембранных токов и электромеханическое разрушение, чрезмерное производство азотной кислоты и каннабиноидных рецепторов можно рассматривать как активацию. Систолическая недостаточность, фармакологическая или физическая нагрузка у пациентов, а также такие как трансъюгулярная внутрипеченочная портосистемная установка трансплантата и трансплантация печени может выделяться во время процедур, вызывающих стресс. На поздних стадиях заболевания. Недавно сообщалось, что систолическая дисфункция играет роль в развитии почечной недостаточности.

Диастолическая дисфункция отражает задержку наполнения левого желудочка и частично из-за гипертрофии желудочков, субэндокардиального отека и ухудшения структуры коллагена [4-7].

Вследствие снижения выброса возникают гепаторенальный синдром и стрелочный синдром. В нашем исследовании мы изучили кардиомиопатию, которая может возникнуть у пациентов с циррозом печени.

Возможные параметры можно определить с помощью эхокардиографии и лабораторных исследований, проводимых в покое. Цирроз печени является важнейшей причиной смертности во многих регионах мира и в нашей стране.



это одна из причин. Причины цирроза печени варьируются в зависимости от социально-экономических и культурных различий [8-9].

показывает изменения. Алкоголь является наиболее важной причиной цирроза печени в наших странах.

Цирроз печени – сложный процесс, возникающий вследствие повреждения гепатоцитов. Это последняя фаза. Цирроз – это воспаление и воспаление паренхимы печени, вызванное различными причинами.

разрушение (некроз), обновление (регенерация) путем образования узелков, распространенный фиброз и это хроническое и часто прогрессирующее заболевание, характеризующееся появлением фиброзных тяжей в паренхиме.

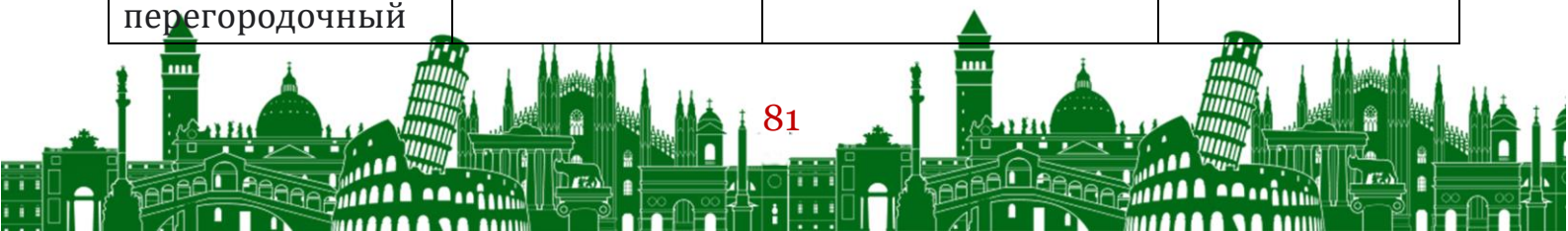
это заболевание печени. Термин «цирроз печени» впервые был введен Лаэннеком в 1826 году.

Скирр, древнегреческий термин, обозначает оранжевый цвет печени, наблюдаемый при вскрытии. Он использовался для описания внешнего вида раковины.

Таблица 1

Классификация цирроза печени

Морфологическая классификация	Функциональная классификация	По клинической стадии классификация	Этиологическая классификация
макронодулярный цирроз печени (например, постпеченочный цирроз печени, наблюдается при болезни Вильсона цирроз печени) микронодулярный цирроз печени (например, портальный цирроз, перегородочный	острый цирроз печени неактивный цирроз печени	компенсированный цирроз печени Декомпенсированный цирроз печени вирусные причины аутоиммунный гепатит	Билиарные причины метаболические причины наркотики и токсичные материалы Сосудистые причины По другой причине



<p>цирроз печени, алкогольный цирроз печени и цирроз Лаеннека) Смешанный узловой цирроз печени (например, вирусные и алкогольные на поздних стадиях цирроза печени наблюдается цирроз печени)</p>			
---	--	--	--

Цирроз печени – это заболевание, которое можно наблюдать у каждого, и после развития цирроза печени отличить клинически и гистологические от любого цирроза печени независимо от этиологии. Выделяют две клинические стадии: компенсированную и декомпенсированную, и результаты подразделяются в зависимости от стадий. Примерно половина больных умирает после появления асцита и желтухи. В декомпенсированная стадия обращаются к врачу, остальные больные жалуются на неспецифические жалобы. Его распознают во время плановых осмотров случайно или случайно [10-13].

Таблица 2.

Симптомы и данные при циррозе печени

<p>Симптомы Слабость, утомляемость, разбитость. слабая лихорадка недоедание Тошнота, рвота Мышечные судороги, пчелы зуд Потеря веса, увеличение веса Отеки, асцит Спонтанные кровотечения (диарея, носовые кровотечения, экхимозы) Одышка, тахипноэ Гинекомастия, атрофия яичек, импотенция, снижение роста волос у мужчин.</p>



Изменения в сексуальном поведении, снижение либидо.

Телосложение Хейлит

Результаты. Папиллярная атрофия языка.

рубцы, экхимозы, усиление пигментации

Увеличение околоушной железы паукообразная ангиома ладонная эритема

Атрофия мышц, потеря жировой ткани.

Тенарная и гипотенарная атрофия кистей.

Белый ноготь, удары дубинками, контрактура Дюбуитрена.

Гинекомастия, атрофия яичек

Цианоз, затрудненное дыхание.

Отеки, асцит, спленомегалия

Увеличение пигментации

непереносимость глюкозы язвенная болезнь

Гломерулонефрит

Общими гистологическими проявлениями всех хронических заболеваний печени, прогрессирующих до цирроза, являются печеночные фиброз и узловая регенерация. Однако клинически симптомы и результаты пациентов может варьироваться в зависимости от основной этиологической причины. Например, хронический гепатит С, в случаях цирроза печени, вызванного циррозом печени, наблюдается значительная мышечная слабость, тяжелый асцит и тяжелая печеночная недостаточность.

Выявления мышечной слабости, несмотря на наличие очень глубокой желтухи у пациентов в этот период импотенция наблюдается у 70% больных неалкогольным циррозом печени и у 25% больных циррозом печени. Феминизация и гипогонадизм коррелирует со степенью печеночной недостаточности. На функции также влияют усталость и депрессия. Импотенция более выражена у алкоголиков, чем у неалкогольных больных циррозом печени[14-15].

У женщин имеется снижение коитуса и сексуального влечения, отсутствие оргазма и диспареуния. Больные циррозом печени не отличаются от нормальных больных, за исключением диаметра левого предсердия.

Установлено, что все эти данные могут быть связаны с цирротической кардиомиопатией. Определение параметров, связанных с цирротической кардиомиопатией, задержки развития шока и гелаторенального синдрома.



Традиционная эхокардиография при неопределяемой кардиомиопатии параметров недостаточно..

Литературы:

1. Моллер С., Хенриксен Дж.Х. Цирротическая кардиомиопатия. Кафедра клинической физиологии и ядерная медицина, 23, Больница Видовре, Факультет медицинских наук, Университет Копенхоген, Дания. Европейский журнал гепатологии 2010; том. 53: 179-190.
2. Октен А., Демир К., Каймаколу С. и их друзья. Этиологическое подразделение хронических гепатитов. Tr J Gastroenterology 1997: 8 (приложение): 9.
3. Шерлок С., Дули Дж. Цирроз печени. В кн.: Заболевания печени и желчевыводящей системы. 2-е изд., Лондон, научный паб Блэквелл. 2002 г.; 365-377.
4. Шерлок С. Дули Дж., ред. Цирроз печени. Заболевания печени и желчевыводящей системы. 11ед: Блэквелл Сайенс, 2002; 365 380.
5. Озель М., Цирроз печени, Клиническая гастроэнтерология и гепатология, 2008 г.; 489-490.
6. Поппер Х. Патологические аспекты цирроза печени. Американский журнал патологии. 1977 год; 87:228.
7. Фридман С.Л., Махер Дж.Дж., Биссель Д.М. Механизмы и терапия фиброза печени: доклад Конференция AASLD по фундаментальным исследованиям по одной теме. Гепатология 2000; 32:1403-8.
8. Ванлесс ИР, Патогенез цирроза печени. Журнал гастроэнтерологии и гепатологии, 2004 г.; 19:369-371.
9. Ормечи Н. Этиопатогенез цирроза печени, Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007, 3. (16):6-18.
10. Иредейл Дж. П., Поведение звездчатых клеток печени при разрешении травмы печени. Семин. Печень сделала. 2001 г.; 427-36.
11. Фридман С.Л., Клеточные сети при фиброзе печени, пищеварение; 1998 год; 59:368-1.
12. Ванлесс ИР, Патогенез цирроза печени. JGastroenterol Hepatology 2004; (19): 369-371.
13. Ванлесс И.Р., Вонг Ф., Блендис Л.М., Грейг П., Хиткот Э.Дж., Леви Г. Печеночная и воротная вена. тромбоз при циррозе печени: возможная роль в развитии паренхиматозного угасания и портального гипертония Гепатология 1995; 21: 1238-47.





ITALY

SCIENCE AND INNOVATION IN THE EDUCATION SYSTEM

International scientific-online conference



ITALY

14. Фридман С.Л. Фирроз печени. В: Шифф Э.Р., Соррелл М.Ф., Мэддри У.К., ред. Шиффа Заболевания печени. 8-е изд. Филадельфия, Пенсильвания; Липпинкотт-Рэйвен; 1999 год; 371-85.
15. Мемик Ф., Доллар Э. Клиническая гастроэнтерология Nobel&Güne Medicine Kitabevi 2005, Карациер Цирроз Глава 48-49: 626-653.

