

שחמת הכבד:

רוב מחלות הכבד הכרוניות גורמות לדלקת בכבד. לרוב הדלקת אינה גורמת לתסמינים וניתן לזהות אותה רק בבדיקות דם (אנזימי כבד). עם הזמן דלקת כרונית עלולה להתחלף ברקמת צלקת, אשר מחליפה את רקמת הכבד הפעילה ברקמה צלקתית לא מתפקדת. גם שלב זה במחלות הכבד הינו "שקט" ולא יבוא לביטוי בהרגשה הכללית. לצערנו שלב זה גם לא ניתן להערכה בבדיקות הדם או בהדמיה (אולטרסאונד MRI CT). עם זאת ניתן להעריך את מידת התקדמות הצלקת על ידי בדיקת פיברוסקאן.

כאשר רוב רקמת הכבד מוחלפת ברקמת צלקת אנו מגדירים את המצב כשחמת כבד (Cirrhosis). בהעדר המבנה האנטומי והמיקרוסקופי של הכבד שחמת עלולה לגרום אחריה מספר סיבוכים וכלל שהמחלה מתקדמת יותר הסיבוכים עלולים להיות קשים ומסוכנים עד כדי אי ספיקת כבד ומוות.

גם לשחמת הכבד דרגות חומרה שונות כאשר שחמת התחלתית היא מצב העשוי להמשך שנים ללא פגיעה תפקודית ממשית. עם זאת במצבים בהם ישנה דרישה אנרגטית מוגברת (כמו מחלה קשה, נתוח וכו) עלולה להופיע התדרדרות במצב הכבד עם אי ספיקת כבד.

סיבוכי שחמת כבד:

יתר ל.ד פורטלי: באופן נורמלי, הכבד מהווה תחנה של הדם החוזר מהמעי והטחול, כאשר הכבד שחמתי הוא הופך נוקשה והדם מתקשה לעבור דרכו. מצב זה גורם לחזרה של דם לתוך הוריד הפורטלי (וריד השער) המוביל את הדם מהמעי והטחול. חזרת הדם גומת לעליה בלחץ הדם בוריד זה ולמספר סיבוכים:

1) דליות (varices): לחץ הדם הגבוה בתוך הוריד הפורטלי גורם לפתיחה של ורידים עוקפים (דליות) המטרה להזרים את הדם מתוך הוריד הפורטלי חזרה אל הלב מבלי הצורך לעבור את הכבד. במצב זה מופיעים ורידים פתולוגיים העלולים להיות רחבים מאד ובמיקום העלול לגרום לדימום מסכן חיים. דליות כאלו עלולות להופיע לאורך הוושט (צינור האוכל המחבר מהפה לקיבה) בתוך הקיבה ובמקומות אחרים בחלל הבטן. במקרים בהם דליות במערכת העיכול גדולות ומאיימות או אפילו דיממו יש כמובן לטפל תרופות ו/או בטיפולים אנדוסקופיים למניעת דימום וסיבוכים אחרים. הערכה של דליות במערכת העיכול וטיפול בהם נעשית **במכון הגסטרו** במרכז הרפואי לגליל ע"י צוות המכון וצוות **יחידת הכבד**.

2) **מיימת** (ascites): הצטברות של נוזל בחלל הבטן, נוזל זה עלול להיות להצטבר לכמות המפריעה לאיכות החיים: חוסר תאבון, קושי בנשימה בהליכה וכדומה, אולם הסיכון העיקרי בנוזל זה הוא זיהום העלול להגיע ממעבר של חיידקי מערכת העיכול לחלל הבטן. נוכחות נוזל המיימת בחולה עם שחמת דורשת כמובן איבחון (בדיקה גופנית או אולטרסאונד) וברור הרכב הנוזל על ידי ניקור. ניקור המיימת נעשה תחת אילחוש מקומי ומאפשר הקלה מיידית. נוזל המיימת נשלח לבדיקות מעבדה על מנת להעריך את טיב הנוזל ולשלול זיהום. זיהום בנוזל המיימת דורש אישפוז וטיפול אנטיביוטי. מכיוון שקיים סיכון לירידת ל.ד ולירידה בתפקוד הכליות בעקבות הניקור אנו מקפידים על מתן אלבומין תוך ורידי בעקבות הניקור. במידה ונידרש ניקור ניתן לבצע אותו במסגרת אישפוז בבית החולים או במסגרת אמבולטורית ב**יחידת הכבד**.

3) אנצפלופתיה: מצב בלבולי המופיע במקרים של שחמת כבד מתקדמת ונובע ממעבר של חומרים בעלי השפעה על מערכת העצבים המרכזית (למשל אמוניה) ממערכת העיכול ישירות למח בעקבות אותם מעקפי כלי דם, מבלי שהכבד יעבד אותם. הסימנים הראשונים למצב זה יהיה הפרעות שינה בלילה וצורך בשנת יום, נטיה לרוגזנות, שכחה וחוסר סבלנות: שינויים שניתן כמובן ל"האשים" בהם את הגיל, מתח, עומס וכו אולם במקרה של שחמת כבד צריך לחשוב גם על מצב זה. בביקור המרפאה ייעשה גם תישאל לזהות מצבים אלו ויוצע טיפול בהתאם. במקרים קשים יותר של התסמונת תופיע ישנוניות עד כדי התדרדרות לחוסר הכרה. מצב זה הוא הפיך ובר טיפול ואינו קשור לשיטיון (דמנציה) או הפרעה פסיכיאטרית ולכן חשוב מאד לאבחן אותו ולטפל בו לטובת איכות החיים של המטופל ובני משפחתו.

אי ספיקת כבד: מוגדר למעשה בכל מצב בו תפקוד הכבד מופרע ומופיעים הסיבוכים של יתר ל.ד. פורטלי המתוארים לעיל ו/או פגיעה בתפקוד הכבד עצמו. הכבד מהווה התחנה הראשונה של חומרי המזון (וגם רעלים) הנספגים דרך מערכת העיכול. בתור שכזה הוא גם "בית החרושת" לייצור של חלבונים, שומנים ומאגרי סוכר חיוניים. בנוסף הוא גם מייצר את המרה ומפריש אותה למערכת העיכול ובכך מתאשרת ספיגה של ויטמינים ותרופות רבות. כאשר "בית החרושת" הזה לא פעיל או פעיל חלקית ניתן לראות הפרעה בבדיקות הדם המכוונות לתוצרי הייצור של הכבד. מהחשובות ביניהם:

תפקודי קרישה: חלבוני הקרישה נוצרים בכבד ולכן פגיעה בתפקוד הכבד תתבטא בערכים מופרעים של תפקודי הקרישה בד, כ נמדדים ע"י בדיקת ה INR.

אלבומין: החלבון העיקרי הנוצר בכבד ותפקידו בגוף רב: האלבומין אחראי לוויסות ריכוזיות הדם ושומר על נפח הנוזל בתוך כלי הדם ובכך מונע הווצרות של בצקת. האלבומין משמש גם כ"נשא" של חומרים אחרים בתוך מחזור הדם. כאשר תפקוד הכבד פגוע ניתן לראות אלבומין נמוך. אלבומין נמוך בדם עלול להיות קשור להופעה של מיימת, בצקת, לחץ דם נמוך ולפגיעה בתפקוד הכליה. כדי למנוע שינויים חדים בלחץ הדם ולפגיעה כלייתית במהלך ולאחר ניקור מיימת, מומלץ להחזיר אלבומין לתוך הוריד.

בילירובין: הוא חומר המצוי בתוך ההמוגלובין שבכדורית הדם האדומה. לאחר סיום חייה של הכדורית האדומה הבילירובין משתחרר ונאסף ע"י הכבד שם עובר שינוי ומופרש לתוך המרה. לבילירובין צבע אופייני המקנה למרה את צבעה הירקרק ולצואה את הצבע האופייני. המרה תפקידה לספוג שומן ממערכת העיכול וכן ויטמינים הקשורים לשומן: ויטמין A,D,E,K. במידה כושל ואינו מסוגל לאסוף את עודפי הבילירובין מהדם או אינו מסוגל להפריש אותו למרה נקבל ערכים גבוהים של בילירובין בדם, ובשל הצבע האופייני של המולקולה תופיע גם צהבת (בעיקר בלחמיות העיניים, ובהמשך גם בעור). מכיוון שבמקרים קיצוניים המרה (ובבילירובין) לא מופרשת למערכת העיכול, הצואה תהיה חיוורת ותופיעה פגיעה בספיגת שומנים וחסר של ויטמינים הנל.

אנזימי כבד: אנזימי הכבד הם אותם חלבונים אשר ניתן לבדוק בבדיקות דם פשוטות ומכוונים לאפשרות של דלקת. במידה וערכי האנזימים יהיו גבוהים מהנורמה ניתן להניח שחלק מהתאים חולים ומתים ולכן התוכן שלהם (האנזימים) מופרשים בכמות גדולה יותר למחזור הדם. ככל שרמת האנזימים בדם תהיה גבוהה ניתן להניח שמספר התאים החולים גדול יותר והנזק הנגרם מוגבר. במצבים של דלקת חולפת (גם בערכי אנזימים גבוהים ביותר) הכבד מסוגל לחדש את עצמו (רגנרציה) אולם כאשר הדלקת היא כרונית הסיכון להיווצרות צלקת גבוה. אנזימי כבד מוגברים אינם מדד לתפקוד הכבד אלא לדלקת בלבד. שחמת יכולה להתבטא עם אנזימי כבד תקינים לחלוטין. אנזימי הכבד אותם ניתן לבדוק בדם: ALT (SGPT); AST (SGOT); ALKALINE PHOSPHATASE; GGT

סרטן כבד: סרטן ראשוני של הכבד: Hepatocellular carcinoma (HCC) עלול להתפתח בנוכחות של שחמת כבד. סרטן כבד ראשוני נחשב לסרטן החמישי בשכיחותו בקרב גברים, אולם ברוב המקרים יופיע בנוכחות של שחמת כבד. לפיכך כל מטופל עם שחמת כבד יהיה במעקב דו שנתי לגבי סימנים המחשידים נוכחות של סרטן. אבחנה של סרטן כבד ראשוני נעשית ב CT ו/או MRI ולרוב אין צורך בביופסיה כדי להוכיח את האבחנה. מכיוון שמדובר בסרטן המתפתח באיטיות רבה ולרוב אינו שולח גרורות בחלק מהמקרים ניתן לטפל באופן כרורגי על ידי **השתלת כבד** ובמקרים נדירים רק בניתוח לכריתת האונה הנגועה. בנוסף ישנם גם טיפול מקומיים כמו צריבת הגידול על ידי גלי קול (Radio Frequency Ablation (RFA)) או בצינטור וחסיתה של העורק המזין את הגידול (עם טיפול תרופתי או קרינתי מקומי: TACE או SIRT בהתאמה). כיום ישנם גם טיפול תרופתיים הניתנים למטופלים במידת הצורך.