

Хронические гепатиты

Циррозы печени

Хронический гепатит

- Хронический гепатит — полиэтиологический диффузный воспалительный процесс в печени, продолжающийся более 6 месяцев и не сопровождающийся нарушением архитектоники печени (дольковой структуры).

Этиология и патогенез.

Самая частая причина хронического гепатита — перенесенный острый вирусный гепатит. **Перенесенный острый вирусный гепатит В** — одна из наиболее частых разновидностей хронического гепатита (в 5—10% случаев).

Основные пути передачи вируса В: парентеральный (различные инъекции, особенно внутривенные гемотрансфузии), половой и от матери к плоду.

Хронический вирусный гепатит В может трансформироваться в цирроз печени, на фоне которого может развиваться рак печени. Антитела к вирусу В остаются в крови от 1—5 лет и более.

Хронический персистирующий гепатит характеризуется слабым иммунным ответом организма на антигены вируса гепатита В:

При хроническом активном гепатите имеют место условия для развития иммуновоспалительного процесса в печени, развиваются некрозы печеночной ткани.

Вирус гепатита С часто приводит к развитию хронического гепатита, который может трансформироваться в цирроз печени и рак. Переход в 50—80% случаев.

Пути передачи вируса гепатита С: парентеральный, половой и от матери к плоду (через плаценту).

Злоупотребление алкоголем — одна из важнейших причин гепатита. Аутоиммунные реакции в патогенезе **аутоиммунного гепатита**

Некоторые лекарственные средства могут вызывать хронический **лекарственный гепатит**.

Обследование пациентов с хроническим гепатитом.

- *Обязательные лабораторные исследования.*
- Однократно: БАК: содержание холестерина, амилазы; группа и резус-фактор крови; копроцитограмма; кал на скрытую кровь; гистологическое исследование биоптата; цитологическое исследование биоптата; вирусные маркеры (HBs, Aq, HbeAq, антитела к вирусам гепатита В, С, А).
- Двукратно: ОАК (+ ретикулоциты, тромбоциты); БАК: общий белок, белковые фракции, АсАТ, АлАТ, ЩФ; ОАМ; иммуноглобулины крови.
- *Обязательные инструментальные исследования.*
- Однократно: УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки; БАК: мочевая кислота, медь, калий, натрий, ферритин; антитела к гладкой мускулатуре, митохондриям, нуклеарным телам (если отрицательные реакции на антитела к вирусам); медь мочи; парацетамол и другие токсические вещества в крови по показаниям; коагулограмма; ЭФГДС; чрезкожная биопсия печени; эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ); компьютерная томография.
- Консультации специалистов по показаниям: окулиста, уролога, гинеколога, хирурга.

Клиническая картина хронического гепатита

- Жалобы пациентов на общую слабость, утомляемость, повышенную температуру тела (до 37,5°C), похудание, тяжести и боли в правом подреберье после еды, ощущение горечи во рту, вздутие живота, неустойчивый стул.

При осмотре: желтушность кожи и склер (не всегда), похудание, сухость кожи, при высокой степени активности процесса — геморрагические явления (носовые кровотечения, геморрагические высыпания на кожи). Можно обнаружить на коже «сосудистые звездочки». Возможен кожный зуд. Ладони розового цвета — «печеночные» ладони.

При высокой степени активности гепатита появляется асцит, что чаще всего указывает на развитие цирроза печени.

Объективное обследование выявляет гепатомегалию разной степени выраженности.

У большинства пациентов хронический гепатит С протекает малосимптомно или даже бессимптомно (латентно).

Однако, в 25% случаев развивается цирроз печени. Учитывая малосимптомное течение и сход в цирроз печени, вирус С называют «ласковым убийцей».

ДМИ:

ОАК: анемия, лимфопения, увеличение СОЭ.

- БАК: гипербилирубинемия, гипоальбуминемия, повышение содержания аминотрансфераз, щелочной фосфатазы.
- Иммунологический анализ крови: снижение количества и функции Т-лимфоцитов – супрессоров, обнаружение циркулирующих иммунных комплексов.
- Определяются сывороточные маркеры вирусов
- Пункционная биопсия обнаруживает участки некроза паренхимы печени.

Инструментальные данные:

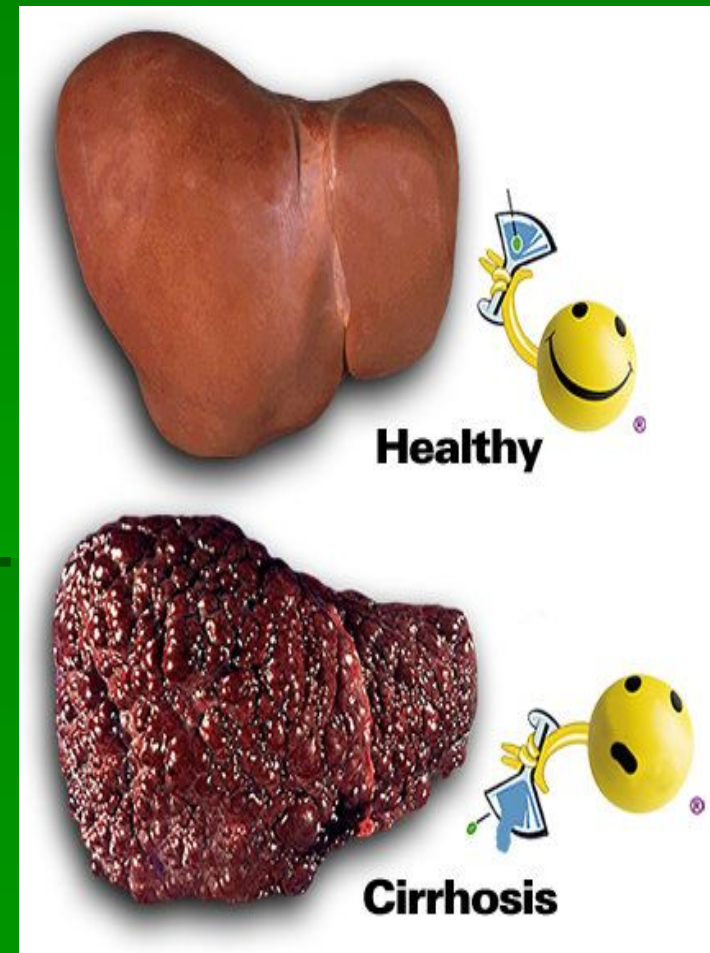
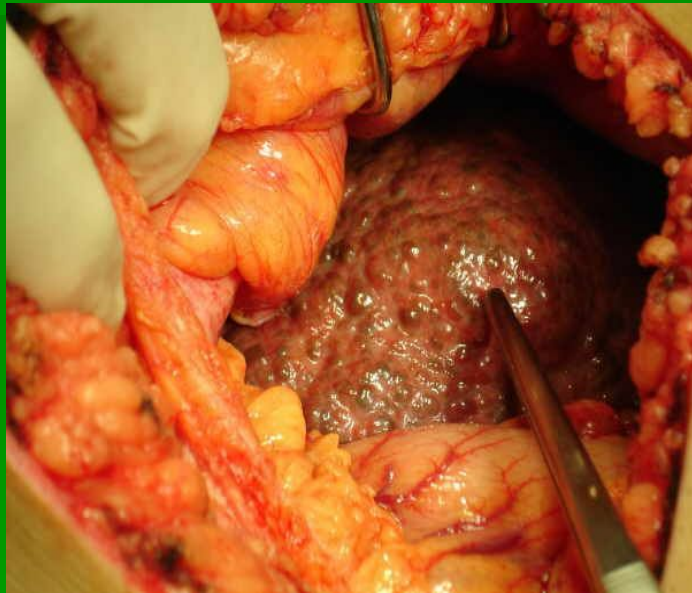
- Радиоизотопная гепатография — нарушение секретно-экскреторной функции печени.
- УЗИ и сканирование — диффузное увеличение печени.



Цирроз печени

- Цирроз печени (ЦП) — хроническое полиэтиологическое диффузное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

Вид печени при циррозе



Этиология

- Вирусный гепатит является причиной развития **вирусного цирроза печени.**
- **Алкогольный цирроз печени.** В 50% случаев хроническая алкогольная интоксикация является причиной развития ЦП. Заболевание обычно развивается через 10—15 лет после начала злоупотребления алкоголем.
- **Билиарный ЦП** развивается вследствие длительного нарушения оттока желчи
- **Криптогенный ЦП** — неизвестной этиологии. Сюда относятся первичный билиарный ЦП и др.
- **Длительный венозный застой в печени** способствует развитию ЦП. Венозный застой чаще всего обусловлен сердечной недостаточностью (**кардиальный цирроз печени**).

- **Международная классификация болезней (МКБ-10).**
- 1. Фиброз и цирроз печени.
- 2. Первичный билиарный ЦП неуточненный.
- 3. Портальная гипертензия (с осложнениями).
- 4. Алкогольный ЦП.



Клиническая картина

- У 20% пациентов ЦП протекает латентно и выявляется случайно во время обследования по поводу какого-то другого заболевания. У 20% пациентов диагноз ЦП устанавливается лишь после смерти.
- Жалобы пациентов: боли в области правого подреберья и в подложечной области, усиливающиеся после еды (острой, жирной пищи), физической нагрузки.
- тошнота, иногда рвота (возможна кровавая рвота при кровотечении из расширенных вен пищевода);
- чувство горечи и сухости во рту;
- кожный зуд (при холестазае и накоплении в крови желчных кислот);
- утомляемость, раздражительность; похудание;
- половая слабость (у мужчин), нарушение менструального цикла (у женщин).

- **Осмотр:** исхудание вплоть до истощения; атрофия мускулатуры, снижение мышечного тонуса и силы; сухая, желтушно-бледная кожа.
- Желтуха в поздних стадиях. Желтуха появляется вначале на склерах, нижней поверхности языка, нёбе, на лице, ладонях, подошвах, на всей коже. Желтуха может быть разного оттенка.

- пальцы в виде «барабанных палочек» с гиперемией кожи у ногтевых лунок;
- расширение вен брюшной стенки вследствие затруднения кровотока в печени (из-за фиброза).

Выявление малых признаков ЦП:

- «сосудистые звездочки» на коже верхней половины туловища — телеангиоэктазии — в виде паучков;
- эритема ладоней — ярко-красная окраска теплых ладоней, иногда стоп («печеночные» ладони):
- лакированный, отечный не обложенный язык брусничного красного цвета; красная окраска слизистой оболочки полости рта;
- гинекомастия у мужчин;
- в выраженных случаях характерно появление асцита могут появляться и отеки нижних конечностей,
- явления геморрагического диатеза (нарушается функция печени — уменьшается выработка фактора свертывания крови).

- .
- У пациентов с ЦП происходят нарушения и в эндокринной системе: повышается содержание сахара в крови, развивается сахарный диабет, нарушается функциональное состояние половых желез, снижается количество состояния надпочечников, нарушается функциональное состояние ЦНС, которое проявляется симптомами токсической энцефалопатии: астенизация, нарушение сна, снижение памяти, головные боли, дрожание пальцев рук, апатия.

- Течение ЦП хроническое, прогрессирующее, с обострениями и ремиссиями

Осложнения цирроза печени:

- энцефалопатия с развитием печеночной комы;
- профузные кровотечения из расширенных вен пищевода;
- кровотечения из варикозно расширенной нижней геморроидальной вены; тромбоз воротной вены;
- вторичная бактериальная инфекция (пневмония, сепсис, перитонит); прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность; трансформация ЦП в цирроз-рак.

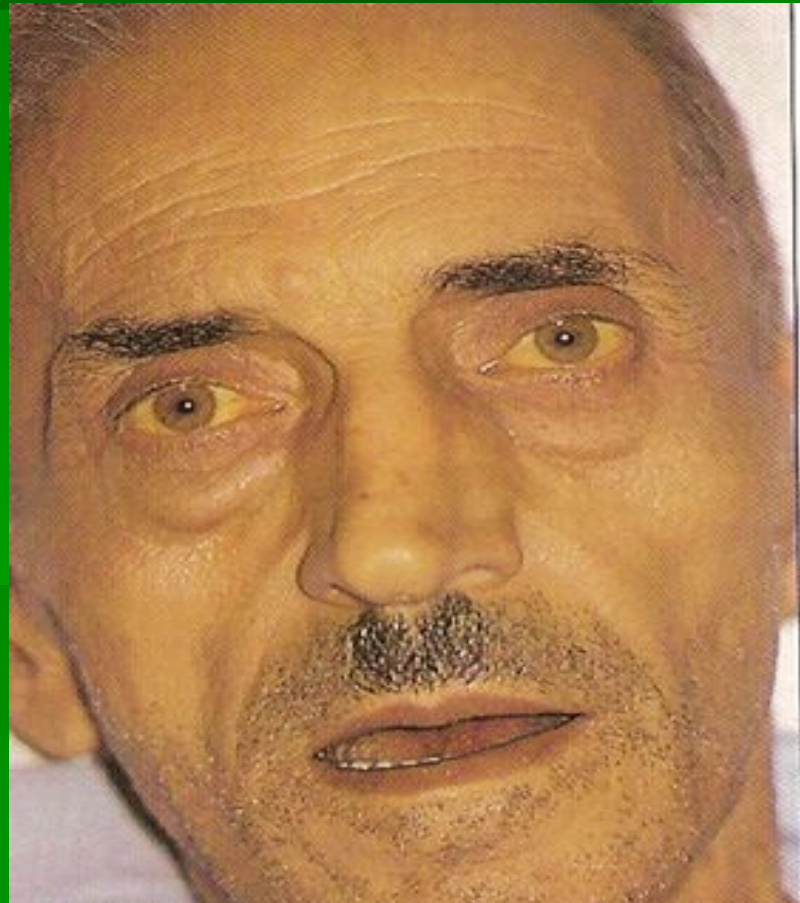
Алкогольный цирроз печени.

- Развивается у 1/3 лиц, страдающих алкоголизмом, в срок от 5 до 20 лет.
- Характерными для алкогольного ЦП являются следующие клинико-лабораторные особенности: анамнестические данные на длительное злоупотребление алкоголем; характерный «облик алкоголика» — одутловатое лицо с покрасневшей кожей, мелкими телеангиоэктазиями, багровым носом, тремор рук, век, языка; отечные цианотичные веки, выпуклые глаза с инъецированными склерами, эйфоричная манера поведения,
- прекращение приема алкоголя приводит к ремиссии или стабилизации патологического процесса в печени.
- При продолжении приема алкоголя ЦП неуклонно прогрессирует.

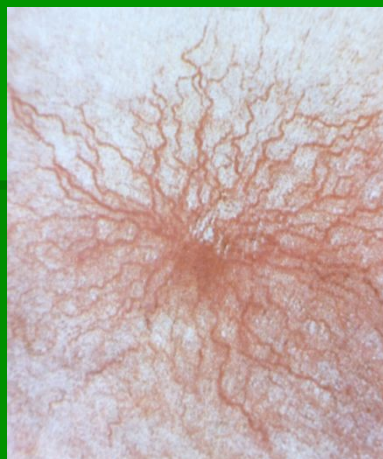
**Портальная гипертензия,
расширенная венозная сеть («голова
медузы»)**



Иктеричность склер



**телеангиэктазии –
сосудистые звездочки**



Печеночные ладони



**хондродистрофия
вследствие**

**интоксикации – пальцы
в виде барабанных
палочек, ногти –
«часовые стекла»**



Белые ногти



Геморрагический синдром



Лабораторные данные.

- ОАК: признаки анемии, увеличение СОЭ.
- ОАМ: протеинурия, билирубинемия, отсутствие уробилина.
- Анализ кала на стеркобилин — слабо положительный или отрицательный.
БАК: гипербилирубинемия (за счет конъюгированной фракции).
Увеличивается содержание ЩФ, меди, холестерина. Уменьшение железа.
Повышается активность аминотрансфераз, диспротенемия.
- Иммунологический анализ крови: снижено общее количество Т-лимфоцитов и Т-лимфитов-супрессоров, повышение количества ЦИК, увеличено содержание JqM, qA, JqI.

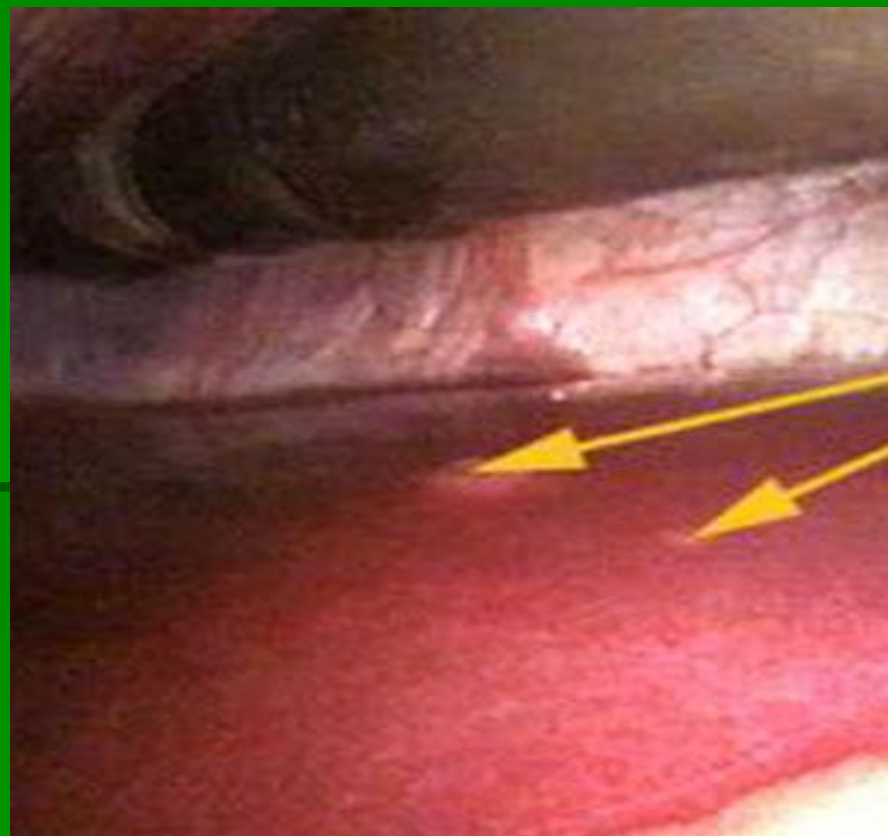
Инструментальные данные.

- УЗИ печени и желчевыводящих путей: увеличение печени крупных желчных протоков; УЗИ селезенки: спленомегалия;
- ФЭГДС — варикозно расширенные вены;
- Пункционная биопсия печени.
- Радиоизотопная гепатография с бенгальской розой, меченой J¹³¹ — резкое нарушение экскреторной функции печени;
- инфузионная холангиография.

Пункция печени



Метастазы рака желудка в печень (лапароскопия)



КТ печени с признаками цирроза



Лечение хронических гепатитов и цирроза печени

