

Казахстанско-Российский медицинский университет

**СРО**

**Заголовок: Гепатиты и Циррозы**

*Выполнил(а): Сипатдинова Ж.Х; Өмірзақ А.Б*

*Проверил(а): Айтбенбетова З.Е*

# 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: мочеваая 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  $37,5^{\circ}\text{C}$ ), 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 коже). 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.

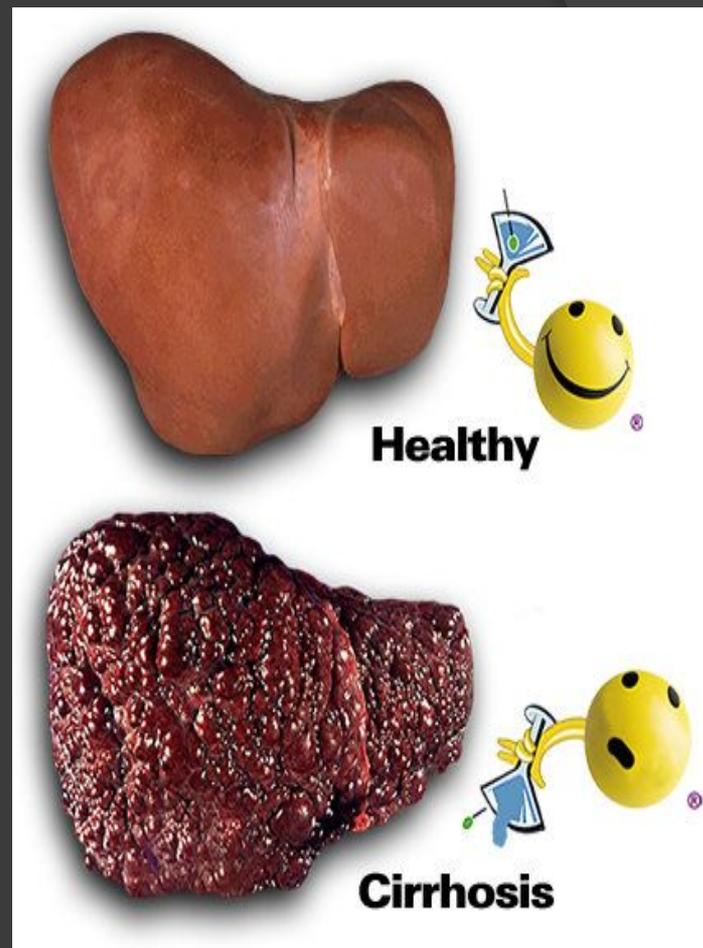
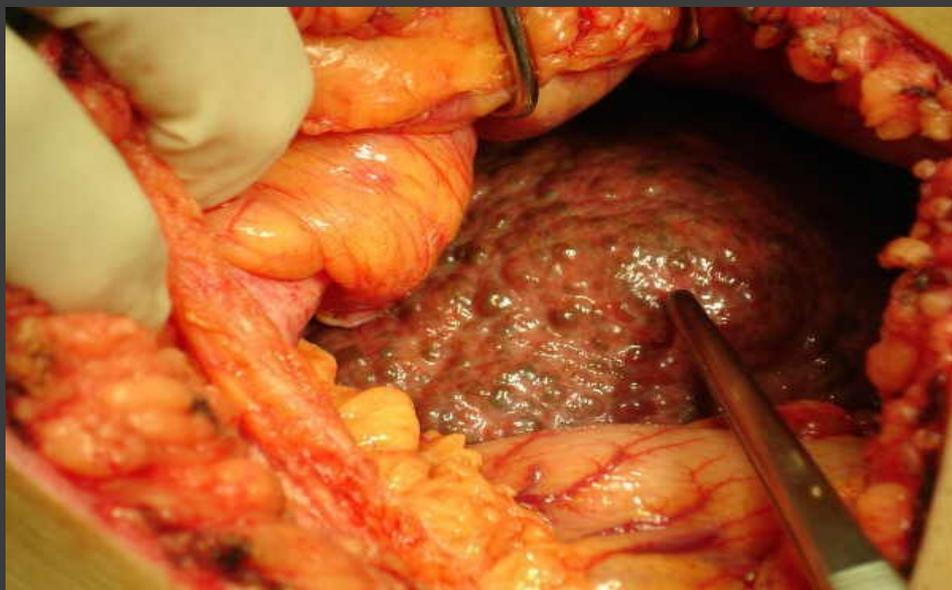
### **Инструментальные данные:**

- ⊙ 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*).



## 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 холестазах 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 и 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 гормонов надпочечников, нарушается функциональное состояние ЦНС, которое проявляется симптомами токсической энцефалопатии: астенизация, нарушение сна, снижение памяти, головные боли, дрожание пальцев рук, апатия.

## 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»)**



# 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  $J^{131}$  — резкое нарушение экскреторной функции печени;
- инфузионная холангиография.