**ЛЕКЦИЯ.**

**ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ**

Хронический гепатит – это воспалительный деструктивный процесс в печени, протекающий без улучшения не менее 6 месяцев, с рецидивами, клинически характеризующийся астено-вегетативным, диспепсическими синдромами, гепатомегалией, нарушением показателей функции печени; морфологически – персистенцией некрозов, воспалением, фиброзом при сохранении общей архитектоники печени.

Этиология

Причиной хронического гепатита могут быть вирусы гепатита В, С, D или их сочетания, простого герпеса, цитомегалии; химические соединения – ДДТ, его аналоги; медицинские препараты – туберкулостатики, фенотиазиновые препараты; ядовитые грибы; жировой гепатоз; дисбактериоз кишечника.

Классификация

Форма:

1) хронический персистирующий (доброкачественный) гепатит:

а) манифестный;

б) малосимптомный (малоактивный);

2) хронический активный (агрессивный) гепатит:

а) высокоактивный;

б) умеренно активный;

в) полистатический;

3) люпоидный гепатит.

Течение: прогрессирующее, стабильное, латентное. Фаза: обострение, ремиссия. Функциональное состояние печени: компенсированное, субкомпенсированное, декомпенсированное.

Клиника

Клинические признаки:

1) болевой синдром: боли в правом подреберье, чаще тупые, ноющего характера, не связанные с приемом пищи, после физической нагрузки; в некоторых случаях боли отсутствуют (хронический персистирующий гепатит (ХПГ));

2) астеновегетативный синдром; вялость, утомляемость, слабость, плохой сон, частые головные боли, раздражительность, плаксивость, похудание, возможны кровотечения из носа при хроническом агрессивном гепатите;

3) риспепсический синдром: тошнота, неустойчивый стул (запоры, поносы), снижение аппетита, метеоризм, язык обложен коричневато-желтым налетом;

4) субъиктеричность склер; увеличение размеров печени, край закруглен, плотной консистенции; может пальпироваться селезенка на 2–4 см;

5) изменения кожи: бледная, суховатая, субъиктеричная, при зуде с расчесами, геморрагические проявления – геморрагическая сыпь, экхимозы, сосудистые звездочки на верхней половине туловища, «голова медузы» на коже живота и груди;

6) другие изменения: артралгии, артриты, аллергические сыпи, лимфоденопатия, поражение почек, лихорадка, полисерозиты.

Диагностика

На первом этапе необходимо установить наличие повреждения печени:

1) билирубин сыворотки крови, активность трансаминаз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфотазы, общий белок, протеино-грамма, осадочные пробы;

2) протромбиновое время или индекс;

3) билирубин и уробилирубининоген мочи;

4) бромсульфалеиновая проба (экскреторно-секреторная функция печени); измененные показания пробы могут быть самым ранним признаком заболевания печени;

5) УЗИ и сканирование печени с Аи-198 позволяют определить локализацию очагового заболевания (абсцесса, эхинококка, опухоли). С помощью отсеивающих методов удается лишь предположить заболевание печени, конкретный диагноз не устанавливается.

Второй этап – уточнение характера или диффузного поражения печени (т. е. нозологический диагноз):

1) лапароскопия с биопсией печени;

2) селективная ангиография;

3) цениакография, гепатография для контрастирования артерий печени, вен и сосудов селезенки;

4) иммунологическое исследование – определение митохондриальных антител в биоптатах печени.

Третий этап – детализирование диагноза – определение активности процесса, стадии болезни, наличия или отсутствия осложнений (портальной гипертензии, ее степени, печеночной недостаточности). Характер нарушений оценивают по показателям биохимических и иммунологических тестов (иммуноглобулины, антитела к гладкой мускулатуре, митохондриям, Т-, В-лимфоциты). Основным диагностическим методом, верилизирующим диагноз, является морфологический (пункционная биопсия с гистологическим исследованием биоптата).

Биохимические методы позволяют выделить четыре основных синдрома при заболеваниях печени:

1) синдром цитолиза – повышение прямого билирулбина, активности АЛТ, АСТ;

2) синдром холестаза – повышение уровня холестерина, активности щелочной фосфотазы, связанного билирубина;

3) мезенхимально-воспалительный синдром – повышение содержания ?-глобулинов, пробы ДФА, СОЭ, снижение сулемовой пробы;

4) гепатокривный синдром: снижение содержания альбуминов, холестерина, фибриногена.

Для хронического персистирующего гепатита характерны: отсутствие яркой клиники, показатели функции печени не нарушены; морфологически – очаговая крупноклеточная инфильтрация без некрозов в пластинке биоптата печени. При хроническом агрессивном гепатите клиническая картина ярко выражена, показатели печени резко нарушены (цитолиз, холестаз, воспаление, гепатокрив-ный синдром); морфологически – лимфо-макрофагальная инфильтрация в портальных трактах и внутри долек, некрозы.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводится с первичными заболеваниями печени (пигментные гепатозы, циррозы, опухоли), нарушением обмена веществ (жировой гепатоз, аминоидоз, ге-мохроматоз, гликогенозы, липоидозы), с нарушением кровообращения, вторичными инфильтративными процессами в печени (болезни крови, интоксикации, полиагенозы), заболеваниями желчных путей (холангит, нарушение оттока желчи).

Лечение

Принципы лечения следующие.

1. Режим щадящий, диета, витаминотерапия, 5 %-ный раствор глюкозы энтерально.

2. Гепатопротекторы (эссенциале, карсил, АТФ, эссливер-форте, ЛИВ-52).

3. Глюкокортикоиды.

4. Цитостатики (имуран).

5. Пирогенанотерапия + кишечный диализ + кислород.

6. Плазмофорез.

7. Противовирусные препараты.

8. Иммунокорректоры (Т-активин).

**Алкогольная болезнь печени** развивается у лиц, продолжительное время (более 10-12 лет) злоупотребляющих алкогольсодержащими напитками в среднесуточных дозах (в пересчете на чистый этанол) 40-80- грамм для мужчин и более 20 грамм – для женщин.

Проявления алкогольной болезни печени – это жировая дистрофия (стеатоз, жировое перерождение ткани), цирроз (замена ткани печени на соединительную – фиброзную), [алкогольный гепатит](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/hepatitis).

Факторы, способствующие развитию алкогольной болезни печени

* высокие дозы употребляемого алкоголя, частота и продолжительность его употребления;
* женский пол (активность алкогольдегидрогеназы у женщин, как правило, ниже);
* генетическая предрасположенность к пониженной активности алкогольразрушающих ферментов;
* сопутствующие или перенесенные болезни печени;
* нарушения обмена веществ (метаболический синдром, [ожирение](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/obesity), вредные пищевые привычки), [эндокринные расстройства](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology).

**ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ**

Цирроз печени – диффузный процесс, характеризующийся сочетанием фиброза, узловой трансформации паренхимы и наличием фиброзных септ; сочетанием некротических изменений.

Этиология

Развитие цирроза связно:

1) с инфекцией (после вирусного гепатита, бруцеллеза, цито-мегалии);

2) с обменными нарушениями (ферментопатии, галактоде-ния, гликогенозная болезнь, гипербилирубинемия);

3) с нарушением оттока желчи (врожденные аномалии желчных протоков);

4) другие причины (токсико-аллергические, инфекционно-аллергические, язвенный колит).

Классификация

Классификация следующая.

I. По морфологическому признаку:

1) мелкоузловой;

2) крупноузловой;

3) билиарный;

4) смешанный.

II. По этиологии:

1) инфекционный;

2) обменный;

3) вследствие врожденной аномалии;

4) прочие циррозы.

III. По течению:

1) прогрессирующее:

а) активная фаза;

б) фаза неактивная;

2) стабильный;

3) регрессирующий.

IV. Типичная недостаточность: есть / нет, портальная гипертензия (есть / нет), гиперстенизия (есть / нет).

В анамнезе: хронический гепатит, перенесенный острый вирусный гепатит (В, С, D), контакт с больными острым вирусным гепатитом, несвоевременная госпитализация, воздействие химических веществ, отравление грибами, заболевания кишечника.

Клиника

Клинические синдромы следующие.

1. Астено-невротический синдром: слабость, утомляемость, похудание.

2. Диспепсический синдром: снижение аппетита, тошнота, рвота, отвращение к жирной пище, дисфункция кишечника.

3. Абдоминальный синдром: тупые, ноющие боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи.

4. Изменения со стороны центральной нервной системы – угнетение или возбуждение.

5. Гемморрагический синдром: экхимозы, гемморрагическая сыпь, кровоточивость десен, носовые кровотечения.

6. «Сосудистые звездочки», венозная сеть на передней брюшной стенке.

7. Печеночный запах изо рта.

8. Артралгии, артриты, лимфоаденопатия.

Диагностика

Лабораторные исследования:

1. Цитолиз – повышение содержания билирубина, активности АЛТ, АСТ.

2. Холестаз – повышение содержания холестерина, связанного билирубина.

3. Мезенхимально-воспалительный синдром – повышение ?-глобулинов, снижение сулемовой пробы.

4. Гепатокривный синдром – снижение содержания альбуминов, холестерина, фибриногена.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз провидится с острым вирусным гепатитом, хроническим гепатитом, нарушением обмена веществ, болезнями крови, хронической сердечной недостаточностью, коллагенозами.

Лечение

Принципы лечения следующие.

1. Режим.

2. Диета.

3. Витаминотерапия.

4. Глюкоза 5 %-ная внутрь.

5. Гепатопротекторы.

6. Цитостатики.

7. Противовирусные препараты (рибоварин, ацикловир).