

Доктор медицинских наук Ермакова Маргарита Александровна

Холециститы
Гепатиты
Циррозы печени

ЖАЛОБЫ И ФИЗИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

- **Основные жалобы:**
 - – боли в правом подреберье;
 - – приступы желчной колики;
 - – желтуха, кожный зуд;
 - – горечь во рту;
 - – тошнота;
 - – рвота желчью;
 - – обесцвечивание стула;
 - – потемнение мочи;
 - – лихорадка
- Особенности болей при заболеваниях желчевыводящих путей
 - **1. Желчнокаменная болезнь**
 - *Приступы желчной колики* – очень сильные, мучительные боли в правом подреберье, иррадиирующие вверх, вправо, под правую лопатку, иногда в область сердца (дифференцировать со стенокардией!). Приступы возникают внезапно, длятся от нескольких минут, часов до нескольких дней, их провоцируют жирная пища, физические нагрузки, тряская езда.
 - **2. Острый холецистит**
 - *Острые боли в правом подреберье*, могут напоминать желчную колику, но обычно менее выраженные, продолжаются несколько дней. Сопутствующие симптомы: лихорадка, тошнота, рвота желчью, возможна желтуха; лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

• Пальпация желчного пузыря

- У здоровых людей желчный пузырь не пальпируется. Пальпация возможна
- только при значительном увеличении.
- Желчный пузырь пальпируется в виде
- мешковидного образования эластичной
- или плотной консистенции в области
- пересечения наружного края прямой
- мышцы живота с нижним краем печени

• Основные причины увеличения желчного пузыря:

- эмпиема желчного пузыря;
- водянка желчного пузыря;
- рак желчного пузыря, головки поджелудочной железы;
- возможно при холецистите

• Симптомы, выявляемые при пальпации желчного пузыря:

- 1. Симптом Курвуазье – желчный пузырь увеличенный, безболезненный, наполненный жел-
- чью вследствие закупорки общего желчного протока опухолью головки поджелудочной железы
- 2. Симптомы холецистита:
- – *Грекова–Ортнера*: болезненность при поколачивании по правой реберной дуге;
- – *Образцова–Мерфи*: произвольная задержка дыхания на вдохе из-за резкой боли при пальпа-
- ции области правого подреберья;
- – *Кера*: болезненность при пальпации правого подреберья при вдохе;
- – *Мюсси–Георгиевского* (френикус-симптом): болезненность в точке диафрагмального нерва при
- надавливании между ножками *m. sternocleidomastoideus dextra*
- Наряду со специфическими симптомами при пальпации живота могут также выявляться сим-
- птомы мышечной защиты, раздражения брюшины
- **Основные**

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- **Локализация боли.** При заболеваниях желчных путей боль обычно локализуется в правом подреберье, реже – одновременно или даже преимущественно в подложечной области. Иногда боли появляются первоначально под правой лопаткой или в спине, за грудиной или в дальнейшем сосредотачиваются в правом подреберье.
- **Иррадиация боли.** При патологии желчных путей боль чаще иррадирует в область правой лопатки, правой ключицы, правое надплечие, плечо, реже – в левое подреберье. Нередко боль иррадирует за грудицу, в область сердца, что может привести к ошибочному диагнозу ишемической болезни сердца.
- **Характер боли.** Характер боли при заболеваниях желчевыводящей системы может быть разнообразный – острый, тупой, ноющий, схваткообразный, колющий, сверлящий, режущий. При хронических холециститах чаще наблюдается тупая ноющая боль.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

• **Интенсивность боли.** Интенсивность боли при заболеваниях желчевыводящих путей может меняться от незначительного ощущения тяжести, распираания, до резчайших нестерпимых болевых ощущений.

• **Причины возникновения боли.** Прежде всего необходимо обратить внимание на связь боли с приемом пищи и с характером принятой пищи. Нередко боль возникает сразу после приёма пищи или спустя 30 – 60 минут после еды. Часто боль появляется не сразу, а через несколько часов после употребления жареной или жирной пищи, нередко среди ночи или под утро. Для больных с заболеваниями желчных путей и желчного пузыря характерно появление или усиление боли после приёма жирных или жареных блюд, яиц, холодных или газированных напитков, вина, пива, острых закусок.

• **Факторы, усиливающие боль.** Они часто совпадают с причинами появления боли. Боль нередко усиливается при физической нагрузке, ношении тяжестей, особенно в правой руке, тряске, под влиянием нервно-психического перенапряжения.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- **Факторы, облегчающие боль.** При дискинезии желчных путей и в лёгких случаях холецистита боль обычно прекращается самостоятельно или при применении грелки.
- **Могут иметь место различные сопутствующие болям симптомы, диспептические расстройства.**
- Возникновение на высоте болей рвоты, не облегчающей боль, говорит о наличии заболевания желчевыводящих путей, а не желудка.
- **Желтуха** является признаком тяжёлого заболевания желчных путей, печени или головки поджелудочной железы.
- **Повышение температуры тела** вызывается активным воспалительным процессом в желчных путях (при холециститах, холангитах), нарушением терморегуляторного центра (при диэнцефальных синдромах с дискинезией желчевыводящих путей), рефлекторной лихорадкой (при желчекаменной болезни), деструкцией тканей (при гангренозных холециститах, опухолевых процессах).

Локализация	Основные причины боли	Характер и иррадиация боли
<i>В правом подреберье</i>	Растяжение глиссоновой капсулы в связи с гепатомегалией (застой крови в печени, гепатит), раздражение брюшины (перигепатит, перихолецистит), хронический холецистит	Тупые, ноющие, тянущие, часто с иррадиацией в правое плечо, лопатку, межлопаточное пространство
	Спастические сокращения гладкой мускулатуры желчного пузыря и желчных протоков –желчная колика (ЖКБ, острый холецистит)	Острые, приступообразные, колющие, режущие, мучительные
<i>Боли опоясывающего характера</i>	Панкреатит (часто сопутствует заболеваниям печени, желчного пузыря)	Острые, интенсивные в эпигастрии, левом подреберье, с иррадиацией в спину

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- ГЛУБОКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕВЫХ ТОЧЕК занимают основное место в системе объективного исследования больного с патологией желчевыводящей системы. Пальпацию области желчного пузыря производят обычно в горизонтальном положении больного.
- Нормальный желчный пузырь ни когда не прощупывается. Более того, воспалительный процесс в желчном пузыре и особенно перихолецистит нередко способствует уменьшению размеров желчного пузыря. Функционально застойный желчный пузырь практически ни когда не удаётся прощупать. Пальпаторно определяемый и видимый на глаз желчный пузырь (положительный симптом Курвуазье) обычно свидетельствует о водянке или эмпиеме желчного пузыря, наличии конкремента в общем желчном протоке, стенозе или раке фатерова соска, отёке или раке головки поджелудочной железы.

ХОЛЕЦИСТИТ

- **Холецистит (cholecystitis)** - это воспаление желчного пузыря.
- *Этиология и патогенез.* Заболевание чаще всего встречается у женщин. Возбудителями его чаще являются брюшнотифозная палочка, стрептококки, стафилококки, лямблии, попадающие в желчный пузырь из кишечника, гематогенным или лимфогенным путём из любого больного органа.
- *Патологическая анатомия.* Различают острый и хронический холецистит. При остром холецистите патанатомически выявляются изменения катарального, гнойного, гангренозного или флегмонозного характера. Слизистая оболочка пузыря гиперемирована, отёчна, инфильтрирована лейкоцитами.
- При хроническом холецистите слизистая желчного пузыря атрофирована. В то же время стенка пузыря утолщена за счёт фиброза. Пузырь окружён спайками, часто деформирован.

Острый холецистит.

- Клиника
- Начало заболевания внезапное. После приёма жирного или жареного блюда через 3 - 4 часа появляются боли в правом подреберье различной интенсивности тупого, давящего или схваткообразного характера, иррадиируют в спину и сопровождаются разнообразными диспептическими расстройствами, лихорадкой до 39 - 40°C.
- При осмотре больные беспокойны. Иногда у них выявляется лёгкая иктеричность склер за счёт присоединившегося холангита. Ограничивается участие живота в акте дыхания. Живот вздут. при пальпации живота выраженная гиперестезия кожи в области правого подреберья. В этой же зоне определяются при раздражении брюшины – положительный *симптом Щёткина – Блюмберга*. Пальпаторно выявляется болезненность в точке Керра, а также в несколько реже выявляемых болевых точках.

• Острый холецистит.

- Наиболее характерным пальпаторным симптомом холецистита является болезненность в области желчного пузыря (т. Кера), определяемая особенно чётко на высоте вдоха – *симптом Кера*.
- Болезненность при поколачивании на высоте вдоха в правом подреберье кончиками согнутых пальцев руки – *симптом Лепене*.
- Болезненность при поколачивании локтевой стороной кисти по реберной дуге справа – *симптом Грекова – Ортнера*.
- Болезненность при пальпации области желчного пузыря выявляется лучше в сидячем положении больного. При этом врач находится сзади больного и постепенно вводит свою правую руку вглубь его правого подреберья. При глубоком вдохе больного пальпирующая рука соприкасается с опускающимся навстречу ей желчным пузырём, что вызывает резкую болезненность – *симптом Мэрфи*.
- Иногда выявляется болезненность при надавливании на точку диафрагмального нерва между ножками грудинно-ключично-сосковой мышцы справа – *симптом Мюсси*.
- Очень важным дифференциально - диагностическим симптомом является *симптом Гаусмана*. При его определении врач проводит поколачивание живота в области правого подреберья на высоте глубокого вдоха больного, задержавшего дыхание с надутым животом, а затем – во время максимального выдоха больного при втянутом животе. Если болезненность ощущается больным на высоте вдоха, то это свидетельствует о хроническом холецистите, а если во время выдоха, то вероятнее патология пилоро-дуоденальной зоны (язва желудка в пилорическом отделе, язва луковицы 12-перстной кишки).

Специфические симптомы холецистита

- *Симптом Лидского* – при лёгкой пальпации в правом подреберье определяется пониженная сопротивляемость брюшной стенки по сравнению с левым подреберьем.
- *Симптом Боаса* – выявление участка кожной гиперсестезии в поясничной области справа (болезненность при пальпации справа от 9 - 11 грудных позвонков).
- *Симптом Вольского* - болезненность при лёгком ударе ребром ладони в косом направлении снизу вверх в области правого подреберья.
- *Симптом Ляховицкого* – болезненность при незначительном давлении на правую половину мечевидного отростка и отведении его кверху.
- *Симптом Сквирского* – болезненность в правом подреберье при поколачивании ребром ладони правее позвоночника на уровне 9 - 11 грудных позвонков.
- *Симптом Йонаша* – болезненность при надавливании в затылочной области на месте прикрепления трапецевидной мышцы, в точке прохождения затылочного нерва.
- *Симптом Пекарского* - болезненность ЖКК при надавливании на мечевидный отросток.
- *Симптом Харитонов* - болезненность при пальпации справа от остистого отростка 4 грудного позвонка.
- **В анализах крови** выявляется лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ.

Хронический холецистит.

- Заболевание у многих больных протекает без яркой клинической картины. Обычным, но не постоянным симптомом является боль в правом подреберье. Характер боли во многом определяется типом сопутствующей дискинезии желчевыводящих путей. Обычно боли незначительные. Они резко усиливаются после приёма жирной, жареной и маринованной пищи, копчёностей и яиц. Иногда боль усиливается при подъёме тяжестей.
- Наличие диспептических расстройств довольно характерно. Больные часто жалуются на горечь во рту, особенно по утрам, тошноту, горькую отрыжку, иногда, обычно при обострении заболевания, - субфебрилитет. Возможны проявления кишечной диспепсии, например - запоры.

Хронический холецистит.

- **При осмотре больного** в фазе ремиссии заболевания зоны кожной гиперестезии и болевые симптомы обычно либо отсутствуют полностью, либо слабо выражены. При обострении заболевания выявляются те же, что и при остром холецистите симптомы. Но выраженность их всё же меньше, чем при остром холецистите.
- **В анализах крови** у больных с обострением хронического холецистита выявляются неспецифические признаки воспаления - лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, С-реактивный белок и др. При дуоденальном зондировании в порции В обычно получают много лейкоцитов, С-реактивный белок, нередко - лямблии.
- **При УЗИ** - обычно выявляется деформированный желчный пузырь с плотной и утолщенной стенкой.

Жалобы пациентов с заболеваниями печени

I. Общие жалобы

- 1. Слабость
- 2. Утомляемость, снижение работоспособности
- 3. Раздражительность
- 4. Диспепсические жалобы:
 - – плохой аппетит;
 - – горечь во рту;
 - – тошнота;
 - – вздутие живота;
 - – запоры
- 5. Непереносимость жирной пищи
- 6. Похудение
- 7. Лихорадка
- 8. Нарушения в сексуальной сфере

II. Главные жалобы

- 1. Желтуха
- 2. Боли в животе
- 3. Кожный зуд
- 4. Увеличение живота
- 5. Кровотечения из верхних и нижних отделов ЖКТ (рвота, стул с примесью крови)

Желтуха. Основные причины

- 1. Гемолитическая (надпеченочная):
 - – гемолитическая анемия;
 - – В12-(фолиево)-дефицитная анемия;
 - – малярия;
 - – затяжной септический эндокардит
- 2. Паренхиматозная (печеночноклеточная):
 - – инфекции (гепатиты);
 - – токсические поражения печени;
 - – наследственные пигментные гепатозы;
 - – циррозы
- 3. Механическая (обтурационная, подпеченочная):
 - – закупорка желчных протоков (камни);
 - – сдавление (опухоль, лимфатические узлы);
 - – стриктуры

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

• При общем осмотре обратить

• внимание на:

- 1. Изменение центральной и периферической нервной системы:
 - энцефалопатия, нарушение сознания вплоть до комы;
 - полинейропатия
- 2. Изменения кожных покровов и слизистых:
 - желтуха, субиктеричность склер;
 - сосудистые звездочки – телеангиэктазии;
 - синяки, геморрагические высыпания;
 - следы расчесов;
 - гиперпигментация;
 - ксантомы, ксантелазмы

- Усиление сосудистого рисунка на лице

- 4. Асцит, расширение вен передней брюшной стенки («*caput medusae*»)

- 5. Отеки

- 6. Изменения рук:

- пальмарная эритема;
- контрактура Дюпюитрена;
- пальцы по типу «барабанных палочек»;
- «хлопающий» тремор

- 7. Изменения эндокринной системы (утрата вторичных половых признаков)

- 8. Внепеченочные системные проявления:

- синдром Рейно;
- синдром Шегрена;
- лимфаденопатия;
- артриты;
- лихорадка

Маркеры хронической алкогольной интоксикации:

- ожирение или дефицит массы тела;
- – увеличение околоушных слюнных желез (гигантский паротит);
- – синюшный цвет лица, инъектированные склеры;
- – контрактура Дюпюитрена;
- – тремор, гипергидроз рук;
- – татуировки;
- – гинекомастия;
- – телеангиэктазии;
- – обложенный язык;
- – гепатомегалия
- - энцефалопатия,
- - полинейропатия;
- – транзиторная АГ;
- – в анализах крови:
- – повышение ГГТП;
- – макроцитоз

Причины гепатомегалии

• *Венозный застой в печени:*

- – застойная ХСН;
- – обструкция печеночных вен (синдром Бадда–Киари)

• *2. Инфекция:*

- – вирусные гепатиты (А, В, С, Д, Е);
- – лептоспироз;
- – сифилис;
- – малярия;
- – эхинококкоз;
- – абсцесс печени

• *3. Поражения, не связанные с инфекцией:*

- – гепатит, цирроз (алкогольный, лекарственный, аутоиммунный);
- – инфильтративные процессы (гемохроматоз, амилоидоз, болезнь Вильсона–Коновалова)

• *4. Обструкция желчевыводящих путей:*

- – камни;
- – структуры желчных протоков;
- – сдавление протоков (опухоль головки поджелудочной железы, лимфатические узлы);
- – первичный склерозирующий холангит

• *5. Опухоли:*

- – гепатоцеллюлярная карцинома;
- – метастазы;
- – лейкозы;
- – лимфомы;
- – кисты

Перкуссия и пальпация печени

- **Перкуссия печени по Курлову**
- 1-й размер – среднеключичная линия, в норме составляет 10 см;
- 2-й размер, средняя линия в норме составляет 9 см;
- 3-й размер (косой), вдоль левого реберного края, в норме составляет 8 см
- **Пальпация по методу Образцова–Стражеско позволяет определить:**
- – увеличение размеров печени;
- – чувствительность, болезненность нижнего края печени;
- – поверхность печени (гладкая, неровная, бугристая, с узлами);
- – консистенцию печени (мягкая, плотная, каменистой плотности);
- – край печени (ровный, неровный, заостренный, закругленный, мягкий, плотный, болезненный)

Пальпация печени

- В *норме* печень не пальпируется
- или пальпируется край печени,
- безболезненный, мягкой консистенции.
- При *гепатитах* печень увеличена,
- болезненна, более плотной консистенции.
- При *циррозах* – печень плотная,
- обычно безболезненная, край –
- острый, поверхность ровная или мелкобугристая.
- При *застойной сердечной недостаточности по большому кругу кровообращения* – печень увеличена, мягкой консистенции, край закруглен, при пальпации болезненный, может выявляться симптом Плеша.
- **Метод толчкообразной баллотирующей пальпации (применяется при большом асците):**
- – наносятся легкие толчкообразные удары по брюшной стенке снизу вверх;
- – печень ощущается в виде «плавающей льдинки»

ОСНОВНЫЕ ПЕЧЁНОЧНЫЕ СИНДРОМЫ.

- с преобладанием воспалительного процесса в печени,
- с преобладанием нарушений выделения компонентов желчи,
- с преобладанием дистрофического процесса,
- с преобладанием расстройств портального кровообращения.

Патоморфологические и клинические проявления при заболеваниях печени.

Патоморфология	Клиника (клинические синдромы)
Некробиоз = цитолиз	Цитолитический синдром
Инфильтрация	Мезенхимально - воспалительный синдром
Холестаз	Синдромы желтухи, холестаза
Фиброз	Гепато-лиенальный синдром
Дистрофия	Печёночно - клеточная недостаточность
Цирроз	Портальная гипертензия

Гипербилирубинемия

- Гипербилирубинемия - это состояния, при которых может повышаться уровень билирубина без существенного изменения других биохимических печёночных тестов. Различают неконъюгированную и конъюгированную гипербилирубинемии.
- **Неконъюгированная гипербилирубинемия** - это состояние, при котором в крови более чем 85% от общего билирубина составляет неконъюгированный, т.е. билирубин, выявляющийся в непрямой реакции ван ден Берга. Возникает при:
 - а) гиперпродукции билирубина (обычно при гемолизе),
 - б) нарушениях захвата билирубина печенью (гепатоцитами),
 - в) нарушениях в системе транспорта билирубина. При ней всегда отсутствует билирубинурия.
- **Конъюгированная гипербилирубинемия** - это состояние, при котором в крови более чем 50% от общего билирубина составляет конъюгированный билирубин, т.е. билирубин, выявляющийся в прямой реакции ван ден Берга.
- **Конъюгированная гипербилирубинемия возникает при:**
 - а) гепатоцеллюлярных заболеваниях (поражения гепатоцитов),
 - б) внутрипечёночной или внепечёночной обструкции желчевыводящих путей.

Гепатиты

- Гепатитом называется воспалительное заболевание печени. Клинически выделяют острые и хронические гепатиты.
- Чаще всего острые гепатиты имеют вирусную этиологию, хотя нередко встречаются острые токсические (в том числе лекарственные и алкогольные), аутоиммунные билиарные и генетические гепатиты,

Острые вирусные гепатиты.

- Острые вирусные гепатиты имеют наибольший удельный вес по частоте встречаемости. На сегодня идентифицировано достаточно много вирусов гепатита: А, В, С, D, Е, TTV и ряд вирусов, проходящих идентификацию. Каждый из этих вирусов имеет различные пути заражения, сроки инкубации и, главное, последствия заражения.
- **Вирус гепатита А** является возбудителем так называемого эпидемического гепатита. Он передаётся обычно фекально-оральным путём и распространяется, обычно в коллективах, особенно детских, в семьях. Инкубационный период заболевания составляет 14 - 45 дней. В хроническую форму заболевание не переходит и более чем в 99% случаев наступает полное выздоровление. Однако после перенесенного острого вирусного гепатита А у больных нередко развиваются хронический холецистит или желчекаменная болезнь.
- **Вирус гепатита В.** Вирус гепатита В передаётся парэнтеральным путём (инъекции, гемотрансфузии, введение препаратов из крови, например иммуноглобулинов), половым путём (как гетеросексуальным, так и гомосексуальным) или вертикальным путём (мать - дитя). Инкубационный период заболевания составляет 30 - 100 дней. **Хронизация** заболевания наступает почти у 10% больных с исходом в цирроз печени у 1% из них. Следует отметить, что при вертикальной передаче вируса (мать - ребёнок) риск развития первичной гепатоцеллюлярной карциномы (рак печени) возрастает в 200 раз по сравнению с горизонтальным путём передачи инфекции.

Острые вирусные гепатиты.

- **Вирус гепатита С** передаётся также, как и вирус гепатита В. Срок инкубации заболевания составляет 14 - 180 дней. При остром заболевании клиническое выздоровление наступает только у 50 - 70% больных. При этом следует уточнить, что элиминация, то есть удаление вируса из организма человека происходит только у 20% больных. У 80% больных развивается персистенция, то есть скрытое течение патологического процесса. Более чем у половины больных заболевание приобретает хроническую форму с исходом в цирроз печени более чем у 10% заболевших. Основная масса больных - вирусоносителей, около 75%, страдает хроническим гепатитом. У примерно 10% больных развивается гепатоцеллюлярная карцинома, или рак печени.
- **Вирус гепатита D** как самостоятельное заболевание не встречается. Обычно он выступает в качестве так называемого дельта(Δ)-агента, отягощающего течение гепатита В. Инкубационный период заболевания составляет 14 - 60 дней. Путь передачи такой же, как и при гепатите В. Выздоровление после острого заболевания наступает у 50 - 80% больных. При этом вариант дельта - вируса С вызывает хронизацию у 2 % больных, а вариант дельта-вируса S вызывает хронизацию у 75% больных с исходом в цирроз печени более чем у 10% заболевших.
- **Вирус гепатита E** передаётся фекально-оральным путём. Срок его инкубации пока не известен. Выздоровление наступает у 95% остро заболевших людей. Остальные характеристики заболевания, также как и характеристики **вируса TTV**, находятся в процессе изучения.

Клиника острых вирусных гепатитов

- Клинически острый вирусный гепатит может протекать как в желтушном, так и в безжелтушном вариантах.
- *Заболевание начинается с* появления общей слабости, недомогания, тошноты. У больного повышается до 38-39°C температура тела. У больного может появиться горечь во рту, вздутие живота, урчание и переливание в животе. Кроме того, появляются тупые, ноющие боли в правом подреберье, боли в мышцах и суставах. При желтушном варианте заболевания у больного появляется моча "цвета пива", появляется иктеричность, или желтушность, склер, мягкого нёба, а затем и кожи.
- При пальпации печень болезненная, увеличенная, гладкая, мягкая, с закруглённым краем.

Хронические гепатиты

- *Хронические гепатиты.* В повседневной практике приходится встречаться чаще всего с хроническими гепатитами вирусной, алкогольной, токсикоаллергической лекарственной, токсической, паразитарной и аутоиммунной этиологии.
- Как уже обсуждалось, чаще хроническое течение гепатита вызывают вирусы В, С, D, возможно, Е, ТTV и их комбинации.
- Алкогольные гепатиты, также как и вирусные подразделяются на острые и хронические. Понятно, что острые алкогольные гепатиты возникают после однократного употребления алкогольных напитков, а хронические - при их длительном, обычно регулярном, употреблении.
- Токсикоаллергические гепатиты обычно являются следствием приёма лекарственных препаратов, прежде всего антибиотиков тетрациклинового ряда, антидепрессантов, транквилизаторов, нейролептиков и контрацептивов.
- Токсические гепатиты, обычно острые, развиваются при отравлении грибами, парами ацетона.

Клиника хронического гепатита

- Хронический гепатит протекает с периодами ремиссии и обострения. При этом больные жалуются на общую слабость, недомогание, боли ноющего, тупого характера в правом подреберье. Боли обычно постоянные. У больных хроническим гепатитом выражены и диспептические явления: горечь во рту, особенно по утрам, отрыжка, тошнота, метеоризм, расстройства стула со склонностью к поносам, особенно после приёма жирной пищи. Нередко, особенно при обострении холестатического гепатита, появляется желтуха склер, слизистых оболочек и кожи, становится обесцвеченным кал, темнеет моча. У большинства больных желтуха умеренно выражена. При обострении хронического активного гепатита повышается до субфебрильных или фебрильных цифр температура тела.

Клиника хронического гепатита

- Во время осмотра больного кроме желтухи покровов обнаруживаются "печёночные ладони" и "сосудистые звёздочки". При пальпации печени выявляется болезненность и увеличение печени. Увеличение печени чаще диффузное, хотя может увеличиваться только одна доля печени, чаще левая. Край пальпирующейся печени гладкий, закруглён и плотноват. Следует отметить, что увеличение размеров печени является наиболее постоянным симптомом хронического гепатита. В отличие от циррозов печени при хроническом гепатите обычно увеличение размеров печени не сопровождается одновременным и значительным увеличением селезёнки.
- У некоторых больных, особенно у лиц, страдающих хроническим вирусным гепатитом В могут обнаруживаться системные аутоаллергические проявления заболевания: полиартралгия, кожные высыпания, признаки гломерулонефрита (появление белка и эритроцитов в моче), васкулит, узловатая эритема, ангионевротический отёк. Это связано с тем, что у больных хроническим гепатитом В аутоаллергический компонент намного выше, чем при других формах этого заболевания, в том числе при хроническом гепатите С.

Классификация хронических гепатитов

- Морфологически гепатиты подразделяют на паренхиматозные гепатиты с поражением печёночной паренхимы и мезенхимальные гепатиты с преимущественным поражением соединительнотканых элементов печени и ретикулоэндотелиальной системы.
- По клиническому прогнозу все хронические гепатиты подразделяют на персистирующие, активные и холестатические варианты заболевания.
- Персистирующий, или малоактивный, гепатит протекает без выраженной активности. Он отличается благоприятным течением и редко переходит в цирроз печени. Чётко очерченные обострения не характерны для этой формы заболевания.
- Хронический активный гепатит отличается высокой активностью воспаления с выраженным нарушением всех функций печени. Хронический активный гепатит часто переходит в цирроз печени.
- Холестатический гепатит протекает с явлениями выраженного холестаза, то есть во внутривнутрипечёночных протоках образуется масса мелких конкрементов, затрудняющих нормальный отток желчи.

Лабораторная диагностика гепатитов

- Типирование вирусов проводится исследованием крови на маркеры вирусов гепатитов методом иммуноферментного анализа (ИФА). Эта методика позволяет выявлять циркулирующие в крови вирусные антигены и антитела к различным видам вирусов гепатита.
- В настоящее время определяют следующие антигены: для диагностики гепатита А - HAAg, для диагностики гепатита В - HBs(surface)Ag, HBeAg, HBc(core)Ag, NS4, для диагностики гепатита С - HCAg, для диагностики гепатита D - HDAg(δ Ag), для диагностики гепатита Е - HEAg.
- Диагностика вирусных гепатитов по наличию в крови больного антител к вирусам гепатита. Это связано с тем, что у больных хроническим гепатитом вирионы в крови могут в какой-то момент отсутствовать. Для диагностики гепатита А определяют следующие антитела: anti-HAV IgG/IgM; для диагностики гепатита В – anti-HBs, anti-HBe, anti-HBc IgG/IgM, anti-NS5; для диагностики гепатита С - anti-HCV, anti-c100, anti-c22-3, anti-c33c; для диагностики гепатита D - anti-HDV(δ Ag) IgG/IgM

Лабораторная диагностика

ГЕПАТИТОВ

- Использование методики полимеразной цепной реакции (ПЦР). При исследовании крови больного ПЦР позволяет диагностировать вирусную, а при исследовании биоптата печени с помощью этого теста можно установить наличие и плотность (количество) вирионов в клетке.
- Неспецифическими симптомами хронического гепатита являются повышение СОЭ, снижение содержания альбуминов и увеличение α - и γ -глобулинов в крови. Становятся положительными белковые осадочные пробы - тимоловая, сулемовая и другие. В сыворотке крови повышается содержание ферментов: трансаминаз, прежде всего аланинаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы. Задерживается экскреция бромсульфалеина. При явлениях холестаза в крови повышается активность щелочной фосфатазы. Едва ли не у половины больных хроническим гепатитом выявляется гипербилирубинемия, прежде всего за счёт конъюгированного (связанного) билирубина. У больных с хроническим активным гепатитом могут иметься признаки синдрома гиперспленизма - анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

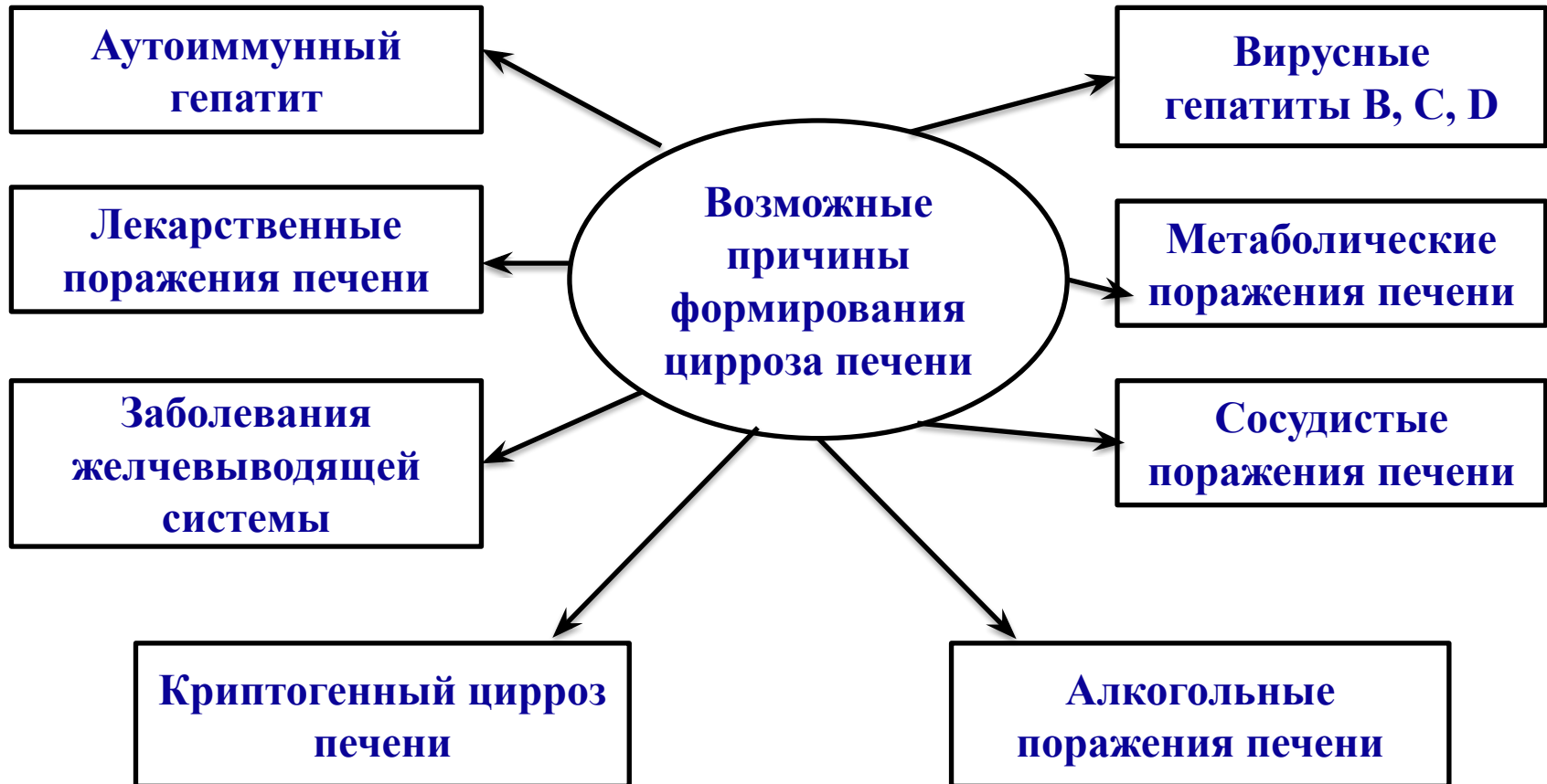
Синдромы, сопровождающие течение гепатитов

- Синдром "недостаточности гепатоцитов" проявляется снижением содержания в крови веществ, синтезируемых этими клетками: альбумина, протромбина, фибриногена, холестерина.
- Синдром "повреждения гепатоцитов" проявляется повышением в крови активности ферментов - трансаминаз, прежде всего аланинаминотрансферазы, и лактатдегидрогеназы.
- Синдром "воспаления" проявляется диспротеинемией (увеличение α - и γ -глобулинов), положительными реакциями осадочных проб (тимоловой и сулемовой), увеличением в крови уровня иммуноглобулинов, особенно IgG.
- Синдром "холестаза" проявляется повышением активности в крови щелочной фосфатазы, увеличением содержания холестерина, желчных кислот, конъюгированного (связанного) билирубина и меди.
- Наилучшим способом диагностики хронического гепатита, определения прогноза течения заболевания является пункционная биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата.

Понятие цирроза печени

- Цирроз печен характеризуется развитием диффузного воспалительного процесса с высокой фибропластической активностью и фиброзированием печени с перестройкой нормальной архитектоники печеночных долек с образованием множественных псевдодолек и внутрипеченочных сосудистых анастомозов. Происходит узелковая трансформация паренхимы печени с последующим развитием печеночной недостаточности.

- Причины формирования цирроза печени



•Классификация циррозов печени

•По морфологии:

- 1. Мелкоузловой цирроз
- 2. Крупноузловой цирроз
- 3. Смешанный (мелко-крупноузловой)

•По этиологии

- 1. Цирроз печени вирусной этиологии (исход хр. вирусных гепатитов В, С, D)
- 2. Алкогольный цирроз
- 3. Цирроз, развивающийся при метаболических нарушениях:
 - гемохроматоз;
 - болезнь Вильсона-Коновалова;
 - недостаточность 1-антитрипсина
- Билиарный цирроз (отдельно выделяют первичный билиарный цирроз)
- 5. Цирроз в результате иммунных нарушений
- 6. Цирроз, развившийся в исходе токсических, лекарственных гепатитов
- 7. Цирроз в результате нарушения венозного оттока из печени
- 8. Криптогенный цирроз

•По клинической картине

- 1. Компенсированный
- 2. Декомпенсированный

• Симптомы цирроза печени:

- – общие: утомляемость, слабость;
- – диспепсические симптомы;
- – желтуха;
- – асцит;
- – венозные коллатерали (расширение пищеводных, геморроидальных вен, *caput medusae*);
- – гепатомегалия;
- – спленомегалия;
- – желудочно-кишечные кровотечения;
- – энцефалополлинейропатия (в терминальной стадии – кома);
- – «печеночный запах»
- **Синдромы:**
 - – портальная гипертензия;
 - – печеночно-клеточная недостаточность;
 - – желтуха,
 - – холестаз;
 - – гепатолиенальный;
 - – гепаторенальный;
 - – синдром цитолиза;
 - – синдром гиперспленизма

Классификация циррозов печени согласно международной классификации болезней 10 пересмотра

- алкогольные циррозы,
- токсические циррозы,
- первичный и вторичный билиарные циррозы печени,
- кардиальный цирроз печени,
- другие формы циррозов печени - криптогенный, макронодулярный, микронодулярный, портальный, смешанного типа.

Классификация циррозов печени

ПО ЭТИОЛОГИИ

- Циррозы, вызванные инфекционным фактором - вирусами (В, С, их сочетаниями и их комбинациями с Δ -агентом), лептоспирой, бруцеллой, малярийным плазмодием, лейшманиями.
- Циррозы, вызванные длительным дефицитом в пищевом рационе белков и витаминов группы В (заболевание "квашиоркор", распространённое в странах Африки и в Индии и встречающееся у детей).
- Циррозы на фоне интоксикации (алкоголем, хлороформом, мышьяком, грибами и др.).
- Паразитарные циррозы (эхинококкоз, шистозоматоз, фасциолёз).
- У больных с заболеваниями сердца и тяжёлой сердечной недостаточностью, слипчивым перикардитом возникает вторичный, застойный цирроз печени.
- Вторичные циррозы у больных сахарным диабетом, коллагенозами, рядом заболеваний крови и др.

Портальный цирроз печени.

- Возникает обычно либо у лиц длительно злоупотребляющих алкоголем (алкогольный цирроз), либо вследствие хронической вирусной инфекции. Алкогольные циррозы составляют около 50 - 70% всех циррозов. Размеры печени при этом циррозе уменьшены, она имеет мелкозернистую структуру вследствие равномерного образования мелких паренхиматозных узлов.

Портальный цирроз печени.

- Синдромы. Ведущими в клинике этой формы цирроза печени является синдром портальной гипертензии. Синдром печёночно-клеточной недостаточности присоединяется позже. Желтуха присоединяется тоже в относительно поздних сроках заболевания. Часто встречаются синдром гиперспленизма и геморрагический синдром. Явлений холестаза и холемии обычно не бывает.
- Клиника. При осмотре отмечается кахексия (исхудание), бледность покровов. Выраженной желтухи обычно не бывает. Обычно желтуха развивается уже в поздние сроки болезни. На коже ладоней - пальмарная эритема, а на коже туловища имеются "сосудистые звёздочки". При осмотре живота - "голова медузы" на передней брюшной стенке, асцит. Из-за асцита пальпация печени бывает затруднительна. После абдоминальной пункции или лечения мочегонными препаратами печень пальпируется хорошо. Она плотная, безболезненная, в ранних стадиях заболевания печень увеличена, а в поздних стадиях - уменьшенная, с острым краем и гладкой поверхностью. Селезёнка большая и плотная.
- При исследовании крови выявляются анемия, лейкопения, тромбоцитопения, гипопротейнемия, гипопротромбинемия, увеличение активности "печёночных ферментов".

Постнекротический цирроз печени.

- Наиболее частой причиной его возникновения являются вирусные гепатиты, тяжёлые токсические поражения печени. Встречается эта форма заболевания в 20 - 30% всех циррозов. Печень несколько уменьшена в размерах, но грубо деформирована крупными соединительнотканными узлами, возникшими вследствие некрозов гепатоцитов с заменой их фиброзными образованиями. Отсюда существует второе название постнекротических циррозов - "макронодулярные циррозы"

Постнекротический цирроз.

- Синдромы. Ведущими в клинике этой формы цирроза являются синдромы печёночно-клеточной недостаточности, желтухи, портальной гипертензии с асцитом. Печёночно-клеточная недостаточность и портальная гипертензия с асцитом возникают рано и периодически нарастают.
- Клиника. При осмотре этих больных желтуха выявляется периодически при обострении заболевания. На коже видны следы множественных расчёсов, кровоизлияния, "сосудистые звёздочки" и "печёночные ладони". Из-за некротических процессов в печени может повышаться температура тела. При осмотре живота выявляется асцит. Пальпация живота выявляет увеличенную, плотную, безболезненную, бугристую печень с острым неровным краем. На поздних сроках заболевания печень уменьшается в размерах
- В анализах крови выявляются резкие изменения всех "печёночных проб", гипербилирубинемия, прежде всего, за счёт конъюгированного билирубина (прямая реакция).

Билиарный цирроз печени

- Встречается приблизительно в 5% случаев всех видов цирроза печени. Болеют этой формой цирроза печени чаще женщины. Встречается две формы заболевания - первичный и вторичный билиарный цирроз печени. Он обусловлен закупоркой внепечёночных, а нередко и внутрипечёночных, желчных протоков, что затрудняет отток желчи. Вокруг холангиол происходит активное разрастание соединительной ткани.
- *Первичный билиарный цирроз печени* обычно является следствием вирусного гепатита, лекарственной интоксикации, особенно вследствие приёма гормональных контрацептивов.
- *Вторичный билиарный цирроз печени* является следствием желчекаменной болезни, опухоли фатерова соска.

Билиарный цирроз печени

• Клиника. В клинике заболевания доминируют синдромы желтухи и холемии. Портальная гипертензия и печёночно-клеточная недостаточность возникают относительно поздно. При осмотре больного обращает на себя внимание интенсивная желтуха. Она возникает в ранние сроки заболевания и отличается большой стойкостью. На теле множественные следы расчёсов, ксантелазмы на веках, локтях, ягодицах, нередко костные изменения - пальцы в виде барабанных палочек, остеопороз костей. Кал ахоличный, моча интенсивного тёмного цвета. У больных длительно сохраняется лихорадка из-за сопутствующего холангита. Асцит появляется в поздние сроки болезни. При пальпации живота выявляется большая, плотная, болезненная, с ровным, острым краем печень. Селезёнка тоже резко увеличена, плотная.

• При аускультации сердца отмечается брадикардия. Артериальное давление снижено.

• В анализах крови отмечаются гипербилирубинемия и гиперхолестеринемия.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

- ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ
- БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- ПОЛИМЕРАЗНАЯ ЦЕПНАЯ РЕАКЦИЯ
- БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ (*иммуногистохимия*)
- УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА. *Обзорная рентгеноскопия (рентгенография) брюшной полости, пероральная холецистография, внутривенная холеграфия, ретроградная холангиография*
- РАДИОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
Радиохолецистография
- ЯДЕРНОМАГНИТОРЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ
- ЛАПАРОСКОПИЯ

• СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ