**Тема: "Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (хронические гепатиты, циррозы печени)".**

**Хронические гепатиты (ХГ)** – полиэтиологические хронические (длительностью более 6 мес.) поражения печени воспалительно-дистрофического характера с умеренно выраженным фиброзом и преимущественно сохраненной дольковой структурой печени.

**Этиология.** Наибольшее значение имеет вирусное (ОВГ), токсическое и токсико-аллергическое поражение печени (промышленные, бытовые, лекарственные хронические интоксикации, алкоголь, хлороформ, соединения свинца, аминазин, изониазид, метилдофа и др.).

**Хронический холестатический гепатит** может быть обусловлен:

* длительным подпеченочным холестазом (вследствие закупорки камнем или рубцового сдавления общего желчного протока, рака головки поджелудочной железы и т.д.)
* первично-токсическим или токсико-аллергическим поражением некоторыми медикаментами (производные фенотиазина, метилтестостерон и его аналоги и т. д.)
* после перенесенного вирусного гепатита.

**Различают**: **первичные гепатиты** (представляющих собой самостоятельное заболевание) и **вторичные или реактивные гепатиты** (возникающие на фоне хронических инфекций: туберкулеза, бруцеллеза и др., различных хронических заболевании пищеварительного тракта, системных заболеваний соединительной ткани и т. д.). Наконец, во многих случаях этиология хронического гепатита остается невыясненной.

**Симптомы ХГ:**

* увеличение печени (встречается приблизительно у 95%пациентов),
* боль в области печени (тупого характера, постоянная),
* чувство тяжести в правом подреберье,
* диспепсические явления,
* реже желтуха, кожный зуд, субфебрилитет,
* может быть незначительное увеличение селезенки.
* часто снижен аппетит, отрыжка, тошнота, плохая переносимость жиров, алкоголя, метеоризм, неустойчивый стул
* общая слабость, снижение трудоспособности, гипергидроз (повышенная потливость).
* у трети больных выявляется желтуха: нерезко выраженная (субиктеричность склер и неба) или умеренная.

**При лабораторном исследовании** определяются:

* увеличение СОЭ, диспротеинемия за счет снижения концентрации альбуминов и повышения глобулинов, преимущественно альфа - и гамма-фракции.
* положительны результаты белково-осадочных проб: тимоловой, сулемовой и др.
* в сыворотке крови больных увеличено содержание аминотрансфераз: АлАТ, АсАТ и ЛДГ, при затруднении оттока желчи - щелочной фосфатазы.
* приблизительно у 50% больных находят незначительную или умеренную гипербилирубинемию преимущественно за счет повышения содержания в сыворотке крови связанного (прямого) билирубина.

**При холестатическом гепатите** обычно наблюдается более выраженная стойкая желтуха и лабораторный синдром холестаза: в сыворотке крови повышено содержание щелочной фосфатазы, холестерина, желчных кислот, связанного билирубина, меди.

**Выделяют: малоактивный** (неактивный, доброкачественный, персистирующий) и **активный** (агрессивный, прогрессирующий рецидивирующий) **гепатит**.

**Течение.** Малоактивный (персистирующий***)*** гепатит протекает бессимптомно или с незначительными симптомами. Изменения лабораторных показателей также незначительны. Обострения процесса нехарактерны.

Хронический активный рецидивирующий (агрессивный) гепатит характеризуется выраженными жалобами и яркими объективными клиническими и лабораторными признаками.

У некоторых пациентов наблюдаются системные аутоаллергические проявления заболевания (полиартралгия, кожные высыпания и т. д.).

Характерны частые рецидивы болезни, иногда наступающие под воздействием даже незначительных факторов (погрешность в диете, переутомление и т. д.).

Частые рецидивы приводят к значительным морфологическим изменениям печени и развитию цирроза. В связи с этим прогноз при активном гепатите более тяжелый.

**Диагностика**

**Пункционная биопсия печени** и **лапароскопия** позволяют более точно различить эти две формы гепатита, а также провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями печени.

**Сканирование печени**  позволяет определить ее размеры; при гепатитах иногда отмечается уменьшенное или неравномерное накопление радиоизотопного препарата в ткани печени, в ряде случаев происходит повышенное его накопление в селезенке.

**Дифференциальный диагноз**. В первую очередь нужно проводить

1) с циррозом печени.

При циррозе более выражены симптомы заболевания, печень обычно значительно плотнее, чем при гепатите; она может быть увеличенной, но нередко и уменьшенной в размерах (атрофическая фаза цирроза). Как правило, наблюдается спленомегалия, часто выявляются печеночные признаки (сосудистые телеангиэктазии, печеночный язык, печеночные ладони), могут иметь место симптомы портальной гипертензии.

**Лабораторные исследования** показывают значительные отклонения от нормы результатов, так называемых печеночных проб.

**При пункционной биопсии** - дезорганизация структуры печени, значительное разрастание соединительной ткани.

2) с Фиброзом печени. В отличие от гепатита обычно не сопровождается клиническими симптомами и изменением функциональных печеночных проб.

3) От хронического персистирующего гепатита позволяют дифференцировать: анамнез (наличие в прошлом заболевания, которое могло вызвать фиброз печени), длительное наблюдение за больным и пункционная биопсия печени.

4) с жировым гепатозом. При жировом гепатозе печень обычно более мягкая, чем при хроническом гепатите, селезенка не увеличена.

Решающее значение в диагностике имеет пункционная биопсия печени.

5) С функциональными гипербилирубинемиями основывается на особенностях их клинической картины (легкая желтуха с гипербилирубинемией без яркой клинической симптоматики и изменения данных лабораторных печеночных проб и пункционной биопсии печени).

6) с очаговым поражением (опухоль, киста, туберкулома и др.). Печень неравномерно увеличена, а сканирование определяет очаг деструкции печеночной паренхимы.

**Лечение.** Пациенты хроническим персистирующим и агрессивным гепатитом вне обострения должны соблюдать  **диету** с исключением острых, пряных блюд, тугоплавких животных жиров, жареной пищи (№5). Рекомендуется творог (ежедневно до 100-150 г), неострые сорта сыра, нежирные сорта рыбы в отварном виде (треска и др.).

При токсических и токсико-аллергических гепатитах чрезвычайно важно полное прекращение контакта с соответствующим токсическим веществом, алкогольном гепатите - приема алкоголя, в необходимых случаях показано лечение от алкоголизма.

**При обострении гепатита** показана госпитализация, постельный режим, более строгая щадящая диета с достаточным количеством белков и витаминов. Назначают глюкозу по 25-30 г внутрь, витаминотерапию (особенно витамины В1, В2, B6, B12, никотиновую, фолиевую и аскорбиновую кислоту).

С целью улучшения анаболических процессов применяют анаболические стероидные гормоны (метандростенолон внутрь по 15-20 мг/сут с постепенным снижением дозы или ретаболил по 20- 50 мг 1 раз в 2 нед. в/м).

В более острых случаях, особенно с признаками значительной активации иммунокомпетентной системы, показаны в небольших дозах кортикостероидные гормоны (по 20-40 мг преднизолона в сутки) и (или) иммунодепрессанты также в небольших дозах, но длительно.

Проводят лечение экстрактами и гидролизатами печени (витогепат, сирепар и другие), но осторожно, так как при острых гепатитах введение печеночных гидролизатов может усилить аутоаллергические процессы и способствовать еще большему обострению гепатита.

При хроническом холестатическом гепатите основное внимание должно быть направлено на выявление и устранение причины холестаза.

Пациенты хроническим гепатитом нуждаются в трудоустройстве (ограничение тяжелой физической нагрузки, освобождение от работ, связанных с частыми командировками и не позволяющих соблюдать режим питания).

**Профилактика** хронических гепатитов сводится к профилактике инфекционного и сывороточного гепатита, борьбе с алкоголизмом, исключений возможности производственных и бытовых интоксикаций гепатотропными веществами, а также к своевременному выявлению и лечению острого и подострого гепатита.

**Цирроз печени** – хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся поражением как паренхимы, так и стромы органа с развитием соединительной ткани, диффузной перестройкой дольчатой структуры и сосудистой системы печени.

Встречается чаще у мужчин, преимущественно в среднем и пожилом возрасте.

**Этиология.** Цирроз может развиться после вирусного гепатита; вследствие недостаточности питания (особенно белков, витаминов) и нарушений обмена (при сахарном диабете, тиреотоксикозе), хронического алкоголизма; холестаза при длительном сдавлении или закупорке желчных протоков; как исход токсических или токсико-аллергических гепатитов; вследствие конституционально-семейного предрасположения; хронических инфильтраций печени некоторыми веществами с последующей воспалительной реакцией на фоне хронических инфекций, паразитарных инвазий.

**Выделяют:** первичные циррозы печени, а также вторичные циррозы, при которых поражение печени является лишь одним из многих проявлений общей клинической картины болезни: при туберкулезе, бруцеллезе, сифилисе, эндокринно-обменных заболеваниях, некоторых интоксикациях, коллагенозах.

**Патогенез.** Непосредственное поражение печеночной ткани инфекционным или токсическим фактором при длительном воздействии иммунологических нарушений, проявляющихся в приобретении белками печени антигенных свойств и выработке к ним антител.

При всех видах цирроза развивается дистрофия и некроз гепатоцитов, разрастание соединительной ткани, вследствие чего нарушается дольчатая структура печени, внутрипеченочный кровоток, лимфоотток, отток желчи.

Нарушение внутрипеченочного кровотока вызывает гипоксию и усиливает дистрофические изменения в паренхиме печени.

**По морфологическим и клиническим признакам выделяют циррозы**

* портальные,
* постнекротические,
* билиарные (первичные и вторичные),
* смешанные;

**По активности процесса**

* активные,
* прогрессирующие,
* неактивные;

 **По степени функциональных нарушений**

* компенсированные,
* декомпенсированные.

Различают также мелко и крупноузловой цирроз и смешанный его вариант.

**Симптомы, течение.** Наряду с увеличением или уменьшением размеров печени характерно ее уплотнение, сопутствующая спленомегалия, симптомы портальной гипертензии, желтухи.

Нередка тупая или ноющая боль в области печени, усиливающаяся после погрешностей в диете и физической работы; диспепсические явления, кожный зуд, обусловленный задержкой выделения и накоплением в тканях желчных кислот.

**При осмотре** выявляются характерные для цирроза "печеночные знаки": сосудистые телеангиэктазии ("звездочки", "паучки") на коже верхней половины туловища, эритема ладоней ("печеночные ладони"), "лаковый язык" малинового цвета, "печеночный язык".

Нередки ксантелазмы, ксантомы, пальцы в виде барабанных палочек, у мужчин - гинекомастия, нарушение роста волос на подбородке и в подмышечных впадинах.

**Лабораторно**:

Часто выявляют анемию, лейкопению и тромбоцитопению, повышение СОЭ, гипербилирубинемию. При желтухе в моче обнаруживают уробилин, билирубин; в кале уменьшено содержание стеркобилина.

Отмечают гиперглобулинемию, изменение показателей белковых, осадочных проб (сулемовой, тимоловой и др.).

Дифференциальную диагностику проводят с хроническим гепатитом, гепатозом, гемохроматозом и пр.

Уточнение клинико-морфологической формы заболевания обеспечивают пункционная биопсия, эхография и сканирование печени.

Рентгенологическое исследование с взвесью бария сульфата позволяет выявить варикозное расширение вен пищевода, особенно характерное для портального и смешанного цирроза.

В сомнительных случаях применяют лапароскопию, спленопортографию, ангиографию, компьютерную томографию.

**Постнекротический цирроз** развивается в результате обширного некроза

гепатоцитов (чаще у пациентов, перенесших тяжелые формы вирусного гепатита В).

**Портальный цирроз**  возникает после вирусного гепатита, в результате алкоголизма, недостаточного питания, реже вследствие других причин;

особенностью портальный цирроза является массивное разрастание в печени соединительнотканных перегородок, затруднение кровотока по внутрипеченочным разветвлениям воротной вены.

**Симптомы** обусловлены портальной гипертензией: асцит, варикозное расширение вен гемморроидапьного сплетения, вен пищевода и кардиального отдела желудка, а также подкожных околопупочных вен, расходящихся в разные стороны от пупочного кольца ("голова Медузы").

Желтуха и лабораторно-биохимические изменения возникают относительно в более позднем периоде. Наиболее частыми осложнениями являются профузные пищеводно-желудочные и повторные геморроидальные кровотечения.

**Билиарный цирроз** возникает на почве длительного холестаза и проявляется рано возникающими желтухой, гипербилирубинемией, кожным зудом, лихорадкой в ряде случаев с ознобами.

В сыворотке крови повышается содержание щелочной фосфатазы и холестерина, нередко альфа (два) и бета - глобулинов.

**Смешанный цирроз**  встречается наиболее часто, имеет общие проявления всех трех перечисленных выше форм цирроза.

**Компенсированный цирроз** характеризуется удовлетворительным самочувствием больных и при наличии характерных для цирроза клинико лабораторно морфологических изменений – сохранением основных функций печени.

**Декомпенсированный цирроз** печени проявляется общей слабостью желтухой, портальной гипертензией, геморрагическими явлениями, лабораторными изменениями, свидетельствующими о снижении функциональной способности печени.

**Течение** при неактивном циррозе медленно прогрессирующем (многие годы и десятки лет), нередки периоды длительной ремиссии с сохранением удовлетворительного самочувствия больных, близкими к норме показателями печеночных проб.

При активном циррозе прогрессирование заболевания быстрое (несколько лет), значительны клинические и лабораторный проявления активности процесса (лихорадка, гиперглобулинемия, повышение СОЭ, сдвиги белковых осадочных проб).

Нерегламентированный образ жизни, систематические нарушения диеты, злоупотребления алкогольными напитками способствуют активации процесса в печени.

**Терминальный период** болезни независимо от формы цирроза характеризуется прогрессированием признаков функциональной недостаточности печени с исходом в печеночную кому (см. острый вирусный гепатит, осложнения).

Прогноз неблагоприятный при активном циррозе, несколько лучше (в отношении продолжительности жизни и длительности сохранения работоспособности) – при неактивном, компенсированном.

При вторичном билиарном циррозе прогноз во многом определяется причинами, вызвавшими закупорку желчного протока (опухоль, камень и др.) и возможностью их устранения.

Ухудшается прогноз больных с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в анамнезе; такие пациенты живут не более 1-1,5лет и нередко погибают от повторного кровотечения.

**Лечение** при активных декомпенсированных циррозах и возникновении осложнений стационарное. Назначают постельный режим, диету № 5. При усилении активности процесса показаны глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон - 15-20 мг/сут и др.). При варикозном расширении вен пищевода - вяжущие и антацидные препараты; при асците - бессолевая диета, диуретики, спиронолактоны, при отсутствии эффекта – парацентез (пункция асцита).

При выраженной гипоальбуминемии - плазма, альбумин в/венно.

При декомпенсированном циррозе показаны гидролизаты печени (сирепар и др.), витамины В1, B6, кокарбоксилаза, липоевая и глютаминовая кислоты.

При первых признаках печеночной энцефалопатии ограничивают поступление в организм белка и проводят лечение печеночной недостаточности, нарушений водно-солевого обмена, геморрагического синдрома.

Для уменьшения мучительного зуда назначают холестирамин, связывающий желчные кислоты в кишечнике и препятствующий их обратному всасыванию.

При билиарном циррозе, осложненном холангитом (воспалением желчных ходов), показаны антибиотики широкого спектра действия.

При вторичном билиарном циррозе - хирургическое лечение с целью устранения

закупорки или сдавления общего желчного протока.

При остром кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода - срочная госпитализация в хирургический стационар, голод, остановка кровотечения тампонадой с помощью специального зонда с двумя раздуваемыми баллонами или введение через эзофагоскоп в кровоточащие вены коагулирующих препаратов, лазерная коагуляция, назначение викасола, в ряде случаев - срочное хирургическое лечение.

**Диспансерное наблюдение**

При неактивном циррозе проводят за пациентами (не реже 2 раз в год), показана диета №5, регулярное 4-5-разовое питание, ограничение физических нагрузок (особенно при портальных циррозах). Запрещаются алкогольные напитки. Полезны 1 -2 раза в год курсы витаминотерапии, лечение сирепаром, эссенциале.

При портальном циррозе со значительным варикозным расширением вен пищевода или упорным, не поддающимся лечению асцитом с целью разгрузки портальной системы профилактически накладывают хирургическим путем портокавальный или спленоренальный анастомоз (или производят другие типы операций).

Больные циррозом печени ограниченно трудоспособны или нетрудоспособны и нуждаются в переводе на инвалидность.

**Профилактика.**

Профилактика эпидемического и сывороточного гепатита, рациональное питание, действенный санитарно-технический надзор на производствах, связанных с гепатотропными ядами, борьба с алкоголизмом.

Своевременное лечение хронических гепатитов и заболеваний, протекающих с холестазом.

**Роль медсестры**:

* Участвовать в профилактических мероприятиях (пропагандировать здоровый образ жизни и специфическую профилактику сывороточных гепатитов).
* Грамотно решать проблемы пациентов при уходе на дому или в стационаре.
* Выполнять назначения врача.
* Уметь оказать доврачебную медицинскую помощь при возможных осложнениях: кровотечении, печеночной коме и т. д.

**Контрольные вопросы:**

1. Назовите основные причины хронических гепатитов.
2. Основные клинические проявления хронических гепатитов
3. Что такое цирроз печени?
4. Назовите основные причины циррозов.
5. Основная сущность диеты № 5.