

Сестринский уход при хронических гепатитах

Хронический гепатит – это воспалительное заболевание, характеризующееся фиброзными и некротическими изменениями ткани и клеток печени без нарушения структуры долек и признаков портальной гипертензии, продолжающееся более 6 месяцев.

Причины:

- 1) Ранее перенесенный вирусный гепатит В, С, Д, иногда А. Каждый возбудитель по-разному воздействует на печень: **вирус гепатита В** не вызывает разрушения гепатоцитов, механизм развития патологии связан с иммунной реакцией на микроорганизм, который активно размножается в клетках печени и других тканях. **Вирусы гепатита С и Д** оказывают непосредственное токсическое воздействие на гепатоциты, вызывая их гибель.
- 2) Интоксикация организма, вызванная воздействием алкоголя, лекарственных препаратов (антибиотики, гормональные средства, противотуберкулезные медикаменты и т. п.), тяжелых металлов и химикатов. Токсины и их метаболиты, накапливаясь в клетках печени, вызывают сбой в их работе, накопление желчи, жиров и обменные нарушения, которые приводят к некрозу гепатоцитов.

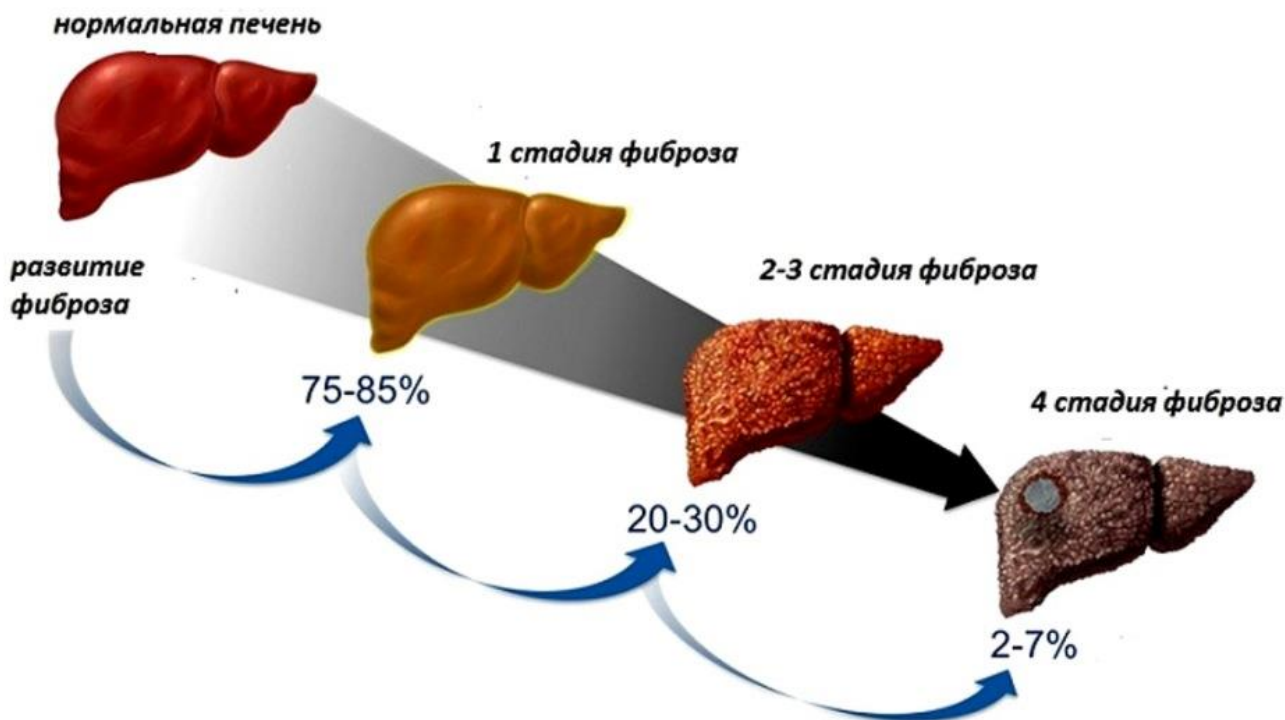
Классификация гепатитов: (существует не менее 7 различных классификаций)

1) ПО ЭТИОЛОГИИ:

- вирусный
- лекарственный
- алкогольный
- токсический

2) ПО ГИСТОЛОГИИ выделяют 4 стадии хронического гепатита (см. рис.)

- **0 стадия** – фиброз отсутствует
- **1 стадия** - незначительный фиброз (разрастание соединительной ткани вокруг клеток печени и желчных протоков)
- **2 стадия** - умеренный фиброз: соединительная ткань, разрастаясь, образует перегородки (септы), которые объединяют соседние портальные тракты, сформированные ветвями воротной вены, печеночной артерии, желчными протоками, лимфатическими сосудами и нервами. Портальные тракты располагаются на углах печеночной дольки, которая имеет форму шестиугольника
- **3 стадия** – сильный фиброз
- **4 стадия** - значительное разрастание соединительной ткани с изменением структуры печени.



Клиническая картина.

Проявления болезни чрезвычайно разнообразны. Клиническая картина зависит от формы хронического гепатита (активный, аутоиммунный, персистирующий, лобулярный или холестатический), активности процесса, функционального состояния печени.

ГЕПАТИТ В

Вирусный гепатит В (сывороточный гепатит) – инфекционное заболевание печени, протекающее в различных клинических вариантах (от бессимптомного носительства до деструкции печеночной паренхимы). При гепатите В поражение клеток печени носит аутоиммунный характер.

Источником и резервуаром вирусного гепатита В являются больные люди, а также здоровые вирусоносители. Кровь зараженных гепатитом В людей становится заразной намного раньше, чем отмечают первые клинические проявления. В 5-10% случаев развивается хроническое бессимптомное носительство. Вирус гепатита В передается при контакте с различными биологическими жидкостями (кровь, сперма, моча, слюна, желчь, слезы, молоко).

Устойчивость вируса к условиям внешней среды весьма высока. В крови и ее препаратах вирус сохраняет жизнеспособность годами, может несколько месяцев существовать при комнатной температуре на белье, медицинских инструментах, предметах, загрязненных кровью больного. Инактивация вируса осуществляется при обработке в автоклавах при нагревании до 120°C с течение 45 минут, либо в сухожаровом шкафу при 180 °C в течение 60 минут. Вирус погибает при воздействии химических дезинфицирующих средств: хлорамина, формалина, перекиси водорода.

Симптомы вирусного гепатита В

Инкубационный период вирусного гепатита, от момента заражения до развития клинической симптоматики может составлять **от 30 до 180 дней**. Оценить инкубационный период хронической формы гепатита В зачастую невозможно.

Диспепсический вариант течения характеризуется потерей аппетита, непрекращающейся тошнотой, эпизодами беспричинной рвоты. Для **гриппоподобной формы** характерно повышение температуры и общеинтоксикационная симптоматика, обычно без катаральных признаков, но с нередкими, преимущественно ночными и утренними, артралгиями (болями в суставах). Сочетаясь с высыпаниями по типу **крапивницы**, течение заболевания обещает быть более тяжелым. Чаще всего такая симптоматика сопровождается лихорадкой. В преджелтушной фазе может отмечаться выраженная слабость, сонливость, головокружение, кровоточивость десен и эпизоды **носовых кровотечений** (геморрагический синдром).

При появлении желтухи улучшения самочувствия не наблюдается, чаще общая симптоматика усугубляется: нарастает диспепсия, **астения**, появляется кожный зуд, усиливаются геморрагии (Кожные покровы и слизистые оболочки имеют интенсивный охряной оттенок, моча темнеет, кал становится светлее вплоть до полного обесцвечивания. Печень больных увеличивается в размерах, край ее выступает из под реберной дуги, на ощупь – болезненная.



В половине и более случаев **гепатомегалия** сопровождается увеличением селезенки. Со стороны сердечно-сосудистой системы: **брадикардия** (либо **тахикардия** при тяжело протекающем гепатите), умеренная гипотония. Общее состояние характеризуется апатией, слабостью, головокружениями, отмечается **бессонница**. Желтушный период может длиться месяц и более, после чего наступает период реконвалесценции: сначала исчезают диспепсические явления, затем происходит постепенный регресс желтушной симптоматики и нормализация уровня билирубина. Возвращение печени к нормальным размерам нередко занимает несколько месяцев. Гепатит может приобретать вялотекущий (торпидный) характер. При этом интоксикация слабовыраженная, устойчиво повышенный уровень билирубина и активности печеночных ферментов, кал ахоличный, моча темная, печень стойко увеличена, температура тела держится в субфебрильных пределах. В 5-10% случаев

вирусный гепатит В протекает в хронической форме и способствует развитию вирусного цирроза печени.

Осложнения вирусного гепатита В:

Самым опасным осложнением вирусного гепатита В, характеризующимся высокой степенью летальности, является острая печеночная недостаточность (гепатаргия, печеночная кома).

ГЕПАТИТ С

Гепатит С – вирусное инфекционное заболевание печени, передающееся трансфузионно, отличающееся легким, зачастую субклиническим, реже среднетяжелым течением в фазе первичного инфицирования и склонностью к хронизации, циррозу и озлокачествлению.

Механизм передачи вируса гепатита С – парентеральный, преимущественно передается через кровь, но иногда может происходить заражение и при контакте с другими биологическими жидкостями: слюной, мочой, спермой. Обязательным условием для заражения является непосредственное попадание достаточного количества вируса в кровь здорового человека.

Распространение инфекции среди наркоманов достигает 70-90%.

Симптомы вирусного гепатита С

Инкубационный период вирусного гепатита С колеблется в пределах от 2 до 23 недель, иногда затягиваясь до 26 недель (что обусловлено тем или иным путем передачи). Острая фаза инфекции в 95% не проявляется выраженной симптоматикой, протекая в безжелтушном субклиническом варианте.

Слабость, апатия, пониженный аппетит, быстрое насыщение. Могут отмечаться местные признаки: тяжести и дискомфорт в правом подреберье, диспепсия. Лихорадка и интоксикация при вирусном гепатите С являются довольно редкими симптомами. Температура тела если и поднимается, то до субфебрильных значений. Интенсивность проявления тех или иных симптомов часто зависит от концентрации вируса в крови, общего состояния иммунитета. Обычно симптоматика незначительна и больные не склонны придавать ей значение.

Диагностика хронических гепатитов:

- клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов;
- билирубин сыворотки, общий и фракции;
- анализы на активность ферментов: АСТ, АЛТ и др., общий белок, альбумины, гамма-глобулин, альфа-2 глобулин;
- холестерин;
- билирубин;
- анализы на антигены гепатитов В, С, D

Из инструментальных исследований могут порекомендовать:

- УЗИ печени и других органов брюшной полости;
- биопсия печени — под контролем УЗИ толстой иглой забирают образцы тканей печени, это единственный способ оценить тяжесть вирусного гепатита.

Лечение хронического гепатита

Вне зависимости от причины появления хронического гепатита базисная терапия включает следующее:

1. Диета — Стол №5
2. Средства, нормализующие деятельность ЖКТ и состояние микрофлоры:
Гепатопротекторы: урсодезоксихолевая кислота (кроме защиты клеток печени, способствует нейтрализации токсического действия билирубина);
3. При наличии аутоиммунного воспаления — препараты, снижающие его активность
4. При токсических гепатитах, в том числе алкогольных — препараты, уменьшающие токсическое влияние на печень

В качестве дополнительных средств при комплексной терапии — лекарственные травы со спазмолитическим и желчегонным действием:

- a. корень солодки;
- b. кукурузные рыльца.

Сестринский процесс при циррозах печени

Цирроз печени (ЦП) — заболевание печени с хроническим течением, характеризующееся дистрофией и некрозом печеночной паренхимы, сопровождающееся диффузным разрастанием соединительной ткани, диффузной перестройкой дольчатой структуры и сосудистой системы печени и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

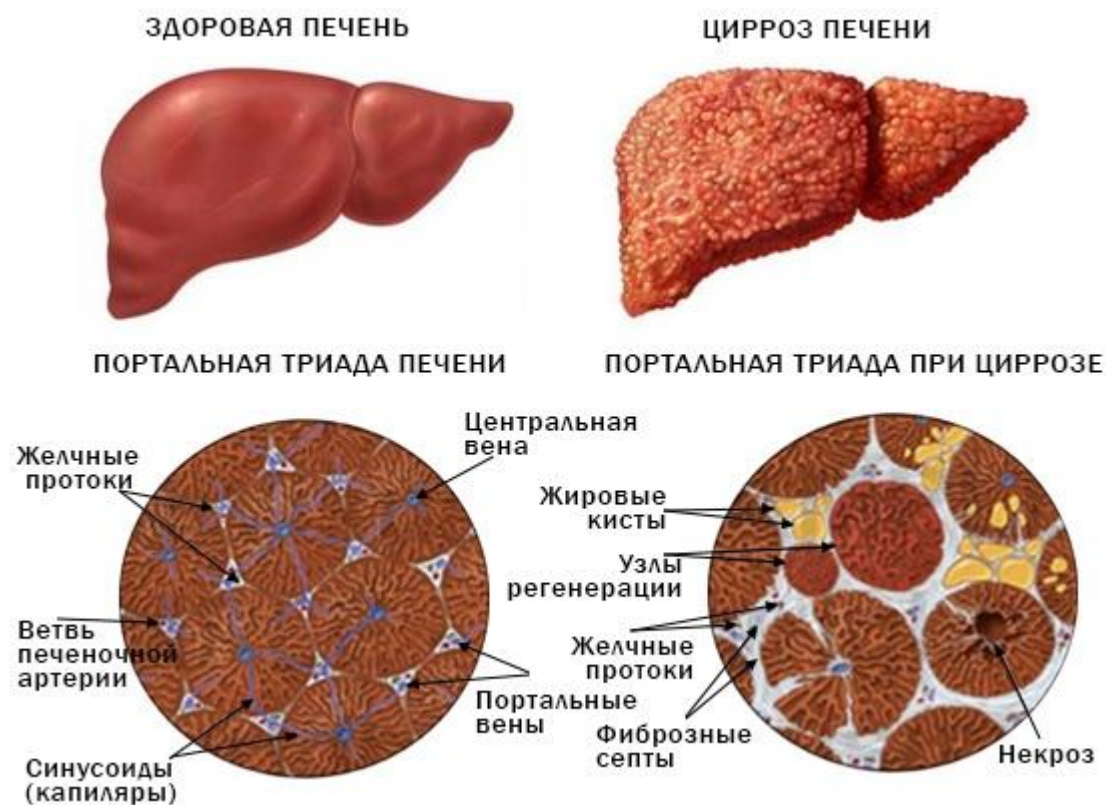
По международной классификации болезней различают:

1. Фиброз и цирроз печени;
- . Первичный билиарный цирроз печени;
3. Портальная гипертензия;
4. Алкогольный цирроз печени.

По морфологическим и отчасти клиническим признакам выделяют циррозы: постнекротический (по новой классификации — крупноузловой), портальный (мелкоузловой), билиарный и смешанный. В соответствии с классификацией выделяются стадии: портальной гипертензии и печеночной недостаточности.

По этиологии: вирусный, алкогольный, аутоиммунный, токсический, генетический, кардиальный, вследствие холестаза, криптогенный.

По течению: медленно прогрессирующий, быстро прогрессирующий и стабильный.



Этиология.

Основным этиологическим фактором цирроза печени (ЦП) считается перенесенный инфекционный гепатит и алкоголизм с выраженным нарушением питания (авитаминозом). Важную роль отводят инфекции желчных путей, хроническому холециститу и воздействию различных токсических факторов: производственные, химически вредности, злоупотребление лекарствами, а также нарушению жирового обмена. Обменные и эндокринные факторы могут быть причиной развития цирроза печени (тиреотоксикоз, сахарный диабет). В ряде случаев этиология цирроза печени является смешанной.

Клиническая картина

Зависит от вида цирроза, стадии болезни (компенсированная или декомпенсированная) и степени активности патологического процесса в печени.

К основным признакам цирроза печени относятся: увеличение плотной печени и селезенки (в далеко зашедших случаях размеры печени могут быть уменьшены); асцит; печеночные стигмы, особенно кожные печеночные звездочки.

Жалобы на боли в правом подреберье, в подложечной области или по всему животу. Боли имеют тупой ноющий характер, усиливаются после еды, особенно жирной, обильного питья и физической работы. Боли возникают вследствие увеличения печени и растяжения капсулы, сопутствующего гепатита, холецистита, панкреатита.

Отмечается снижение аппетита, вплоть до анорексии (чаще при алкогольном циррозе), тяжесть в подложечной области после еды, подташнивание, метеоризм и расстройство стула (понос после приема жирной пищи), редко возникают тошнота и рвота. Жалобы на снижение трудоспособности, общую слабость, быструю утомляемость и бессонницу.

Цирроз печени (*билиарный*) часто сопровождается субфебрильной температурой тела.

Внешний вид таких пациентов типичен: лицо с серым цветом кожи, с яркими губами и языком, эритемой скуловой области, тонкими конечностями и увеличенным животом (за счет асцита и увеличения печени и селезенки), с расширенными венами переднебоковых поверхностей грудной и брюшной стенки и отеками ног. Истощение возникает вследствие нарушения пищеварения и всасывания в желудочно-кишечном тракте, нарушения синтеза белка в пораженной печени.

Желтуха прежде всего выявляется на склерах глаз, мягком небе и нижней поверхности языка, потом окрашиваются ладони, подошвы и вся кожа. Желтуха достаточно часто сопровождается кожным зудом, который может быть и при ее отсутствии. В этих случаях видны множественные следы расчесов на коже конечностей, живота, поясницы, в подмышечных областях и между пальцами. Расчесы могут подвергаться инфицированию и нагноению. Кал обесцвечен не полностью, дуоденальное содержимое содержит желчь.

При портальном циррозе желтуха не является ранним симптомом и обычно нерезко выражена. При билиарном циррозе желтуха имеет черты подпеченочной. Кал полностью обесцвечен, моча темная. При такой форме цирроза желтуха сопровождается мучительным кожным зудом.

При осмотре выявляются следующие печеночные признаки:

1. *Сосудистые «звездочки»* — кожные артериовенозные анастомозы. Размер их колеблется от булавочной головки до 0,5—1 см в диаметре. Чаще всего сосудистые «звездочки» располагаются на коже верхней части туловища, на шее, лице, плечах, кистях и спине, реже на слизистых оболочках носа, рта и глотки.

2. *Эритема ладоней* (печеночные ладони) — ярко-красная диффузная окраска ладоней. На стопах подобная эритема выявляется реже.

3. *Красные блестящие губы*, красная слизистая оболочка рта, красный печеночный, лакированный, малиновый язык обнаруживаются при осмотре у многих пациентов.

4. *Признаки гормональных расстройств.* У мужчин возникают женские половые признаки, что является следствием нарушения обмена эстрогенов в связи с заболеванием печени и избыточным содержанием их в крови. Может развиться импотенция и тестикулярная атрофия. У женщин часто наблюдается нарушение менструального цикла, нарушается детородная функция.

5. *Ксантоматозные бляшки* на коже имеют желтовато-коричневую окраску, чаще располагаются на веках (ксантелазмы), иногда на ладонях, а также на груди, спине, коленях (ксантомы). Они наблюдаются при билиарном циррозе печени.

У большинства пациентов печень увеличена равномерно или с преимущественным увеличением только правой или левой доли. Печень обычно плотная, безболезненная или слабоболезненная, с гладкой, реже — неровной поверхностью, с острым и твердым краем. В конечной стадии цирроза в большинстве случаев печень уменьшается в размерах и нередко ее не удается пальпировать.

Портальная гипертензия особенно характерна для алкогольного цирроза. Наиболее характерным признаком портальной гипертензии является асцит.

Геморрагический синдром встречается примерно у половины больных циррозом печени. Кровотечения из расширенных вен пищевода и желудка, а также геморроидальных узлов обусловлены повышенным давлением в этих венах, истончением их стенок или травмированием их. Они характерны для алкогольного цирроза. Носовые кровотечения — при билиарном ЦП.

Диагностика.

При *исследованиях крови* обычно выявляют анемию, лейкопению, тромбоцитопению и увеличение СОЭ. Особенно тяжелые гипохромные анемии наблюдаются после кровотечений.

В *анализе мочи* выявляется в больших количествах уробилин, а при выраженной желтухе и билирубин. Содержание стеркобилина в кале уменьшается.

БАК: изменяются белковые показатели:

Для точной диагностики прибегают к *лапароскопии* и *чрескожной биопсии печени*. Сканирование печени позволяет определить ее размеры, состояние поглотительной функции печени, а также выявляют сопутствующее увеличение селезенки. Для диагностики цирроза широко используется эхография, также позволяющая определить размеры печени и селезенки, их структуру.

Циррозы печени обычно имеют **прогрессирующее течение**. Прогрессирование болезни может происходить быстро и через несколько лет приводит пациента к гибели. В других случаях отмечается замедленное течение болезни (десятки лет) с нерезко выраженными признаками активности. Ремиссии могут быть очень длительными.

Выделяют декомпенсированные и компенсированные ЦП.

Возможно развитие рака печени (рак-цирроз), а также язв желудка, которые нередко сопутствуют циррозу печени.

При циррозе печени **прогноз очень серьезный**. Средняя продолжительность жизни составляет 3-6 лет, в редких случаях - до 10 лет и более.. **Прогноз** при билиарном циррозе печени более благоприятный, длительность жизни от первых проявлений бо-

лезни достигает 6-10 лет и более. Смерть обычно наступает от печеночной недостаточности.

Осложнения ЦП:

- энцефалопатия с развитием печеночной комы;
- профузное кровотечение из расширенных вен пищевода;
- кровотечение из варикозно расширенных геморроидальных вен;
- тромбоз воротной вены;
- вторичная бактериальная инфекция (пневмония, сепсис, перитонит);
- печеночно-почечная недостаточность;
- трансформация в рак.

Лечение

Пациентов с различными формами циррозов печени в стадии компенсации в основном состоит в предупреждении дальнейших повреждений печени, калорийном, полноценном диетическом питании с достаточным содержанием в пище белка и витаминов, установлении четкого пяти разового питания в течение дня (диета № 5). Исключаются алкогольные напитки. Необходимо уделять внимание правильной организации режима труда.