

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 заболеваний 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 aminотрансфераз: 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). Рекомендуются 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, В6, В12, 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 развиваться 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, гипербилирубинемия. 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 клинко-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 соединительнотканых перегородок, затруднение кровотока по внутрипеченочным разветвлениям воротной вены.

Симптомы обусловлены портальной гипертензией: асцит, варикозное расширение вен гемморроидального 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 десятилетия), нередко 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 лабораторные 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 1-1,5 лет 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, В6, кокарбоксылаза, 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.