Сестринский уход по терапии 3 СД 2 (лекции). 1.хронические гепатиты

 2.цирроз печени.

 3.острый и хронический панкреатит.

4.роль сестринского персонала в профилактике заболеваний органов пищеварения.

 Хронические гепатиты.

##  Хронический гепатит – это воспалительное заболевание, характеризующееся фиброзными и некротическими изменениями ткани и клеток печени без нарушения структуры долек и признаков портальной гипертензии. В большинстве случаев пациенты жалуются на дискомфорт в области правого подреберья, тошноту, рвоту, нарушение аппетита и стула, слабость, снижение работоспособности, похудение, желтушность, зуд кожи. Диагностические мероприятия заключаются в проведении биохимического анализа крови, УЗИ органов брюшной полости, биопсии печени. Терапия направлена на нейтрализацию причины патологии, улучшение состояния пациента и достижение стойкой ремиссии

## Причины

является ранее перенесенный вирусный гепатит В, С, Д, иногда А. Каждый Причиной хронического гепатита чаще всего 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.

### Второй распространенной причиной патологии считается 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. Помимо этого, метаболиты являются антигенами, на которые активно реагирует иммунная система. Также хронический гепатит может сформироваться в результате аутоиммунных процессов, которые связаны с неполноценностью Т-супрессоров и образованием токсичных для клеток Т-лимфоцитов.

### Факторы риска

Спровоцировать развитие патологии может:

* нерациональное питание;
* злоупотребление алкоголем;
* неправильный образ жизни;
* инфекционные заболевания;
* [малярия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/malaria);
* эндокардит;
* различные болезни печени, которые вызывают метаболические нарушения в гепатоцитах.

## Патогенез

Патогенез различных форм хронического гепатита связан с повреждением ткани и клеток печени, формированием иммунного ответа, включением агрессивных аутоиммунных механизмов, которые способствуют развитию хронического воспаления и поддерживают его в течение длительного времени.

## Классификация

Хронический гепатит классифицируется по нескольким критериям: этиологии, степени активности патологии, данным биопсии. По причинам возникновения выделяют хронический вирусный гепатит В, С, Д, А, [лекарственный](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/drug-induced-hepatitis), [аутоиммунный](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/autoimmune-hepatitis) и криптогенный (неясной этиологии). Степень активности патологических процессов может быть различной:

* **минимальной**- АСТ и АЛТ выше нормы в 3 раза, увеличении тимоловой пробы до 5 Ед, росте гамма-глобулинов до 30%;
* **умеренной**- концентрация АЛТ и АСТ повышаются в 3-10 раз, тимоловая проба 8 Ед, гамма-глобулины 30-35%;
* **выраженной**- АСТ и АЛТ выше нормы более чем в 10 раз, тимоловая проба больше 8 Ед, гамма-глобулины больше 35%.

На основе гистологического исследования и биопсии выделяют 4 стадии хронического гепатита:

* **0 стадия** – фиброз отсутствует
* **1 стадия** - незначительный перипортальный фиброз (разрастание соединительной ткани вокруг клеток печени и желчных протоков)
* **2 стадия** - умеренный фиброз с порто-портальными септами: 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 с порто-портальными септами
* **4 стадия** - признаки нарушения архитектоники: значительное разрастание соединительной ткани с изменением структуры печени.

## Симптомы хронического гепатита

### Общие проявления

Симптомы хронического гепатита вариабельны и зависят от формы патологии. Признаки при малоактивном (персистирующем) процессе слабо выражены либо совсем отсутствуют. Общее состояние пациента не меняется, но ухудшение вероятно после злоупотребления алкоголем, интоксикации, витаминной недостаточности. Возможны незначительные боли в области правого подреберья. Во время осмотра обнаруживается умеренное увеличение печени.

Клинические признаки при активной (прогрессирующей) форме хронического гепатита ярко выражены и проявляются в полном объеме. У большинства больных регистрируется диспепсический синдром (метеоризм, тошнота, рвота, нарушение аппетита, вздутие живота, изменение стула), астеновегетативный синдром (резкая слабость, утомляемость, снижение работоспособности, похудение, [бессонница](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/insomnia), головные боли), синдром [печеночной недостаточности](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/liver-failure) (желтуха, лихорадка, появление жидкости в брюшной полости, кровоточивость тканей), длительные или периодические боли в области живота справа.

На фоне хронического гепатита увеличиваются размеры селезенки и регионарные лимфатические узлы. Из-за нарушения оттока желчи развивается желтуха, зуд. Также на кожных покровах можно обнаружить [сосудистые звездочки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/sosudistye_zvezdochki). Во время осмотра выявляется увеличение размеров печени (диффузное либо захватывающее одну долю). Печень плотная, болезненная при пальпации.

### Хронические вирусные гепатиты

Хронический [вирусный гепатит Д](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/hepatitis-D) протекает особенно тяжело, для него характерна ярко выраженная печеночная недостаточность. Большинство пациентов жалуются на желтуху, зуд кожных покровов. Помимо печеночных признаков, диагностируются внепеченочные: поражение почек, мышц, суставов, легких и пр.

Особенность хронического гепатита С – длительное персистирующее течение. Более 90% острых гепатитов С завершаются хронизацией. У пациентов отмечается [астенический синдром](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/asthenia) и незначительное увеличение печени. Течение патологии волнообразное, через несколько десятков лет она заканчивается [циррозом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/cirrhosis) в 20-40% случаев.

### Хронические неинфекционные гепатиты

Аутоиммунный гепатит встречается у женщин от 30 лет и старше. Для патологии характерна слабость, повышенная утомляемость, желтушность кожи и слизистых, болезненность в правом боку. У 25 % больных патология имитирует [острый гепатит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/acute-hepatitis) с диспепсическим и астеновегетативным синдромом, лихорадкой. Внепеченочные признаки встречаются у каждого второго пациента, они связаны с поражением легких, почек, сосудов, сердца, щитовидной железы и других тканей и органов.

Лекарственный хронический гепатит характеризуется множественными признаками, отсутствием специфических симптомов, иногда патология маскируется под острый процесс или [механическую желтуху](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/mechanical-jaundice).

## Диагностика

проводятся в [отделении гастроэнтерологии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/gastroenterology/). Окончательный диагноз ставят на основании клинической картины, инструментального и лабораторного обследования: анализа крови на маркеры, [УЗИ органов брюшной полости](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ultrasound-gastroenterology/abdominal), [реогепатографии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiology-gastroenterology/rheohepatography) Диагностика хронического гепатита должна быть своевременной. Все процедуры (исследование кровоснабжения печени), [биопсии печени](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/biopsy-gastroenterology/hepatic).

### Лабораторные исследования

Анализ крови позволяет определять форму патологии благодаря обнаружению специфических маркеров – это частицы вируса (антигены) и антитела, которые образуются в результате борьбы с микроорганизмом. Для [вирусного гепатита А](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/hepatitis-A) и [Е](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/hepatitis-E) характерны маркеры только одного типа - anti-HAV IgM или anti-HЕV IgM.

При вирусном гепатите В можно обнаружить несколько групп маркеров, их количество и соотношение указывают на стадию патологии и прогноз: поверхностный антиген В (HBsAg), антитела к ядерному антигену Anti-HBc, Anti-HBclgM, НВеАg, Anti-HBe (он появляется только после завершения процесса), Anti-HBs (формируется при адаптации иммунитета к микроорганизму). Вирус гепатита Д идентифицируется на основании Anti-HDIgM, суммарных Anti-HD и РНК этого вируса. Главный маркер гепатита С - Anti-HCV, второй – РНК вируса гепатита С.

Функции печени оцениваются на основании биохимического анализа, а точнее, определении концентрации [АЛТ](https://www.krasotaimedicina.ru/lab-test/enzyme/alanine-aminotransferase) и [АСТ](https://www.krasotaimedicina.ru/lab-test/enzyme/aspartate-aminotransferase) (аминотрансферазы), билирубина (желчного пигмента), щелочной фосфатазы. На фоне хронического гепатита их количество резко увеличивается. Поражение клеток печени приводит к резкому снижению концентрации альбуминов в крови и значительному увеличению глобулинов.

### Инструментальная диагностика

УЗИ органов брюшной полости – безболезненный и безопасный способ диагностики. Он позволяет определить размеры внутренних органов, а также выявить произошедшие изменения. Самый точный метод исследования – биопсия печени, она позволяет определить форму и стадию патологии, а также подобрать наиболее эффективный метод терапии. На сновании результатов можно судить о степени распространенности процесса и тяжести, а также о вероятном исходе.

## Лечение хронического гепатита

Лечение преследует цель устранения причины возникновения патологии, купирования симптомов и улучшения общего состояния. Терапия должна быть комплексной. Большинству пациентов назначают базисный курс, направленный на снижение нагрузки на печень. Всем больным с хроническим гепатитом необходимо сократить физические нагрузки, им показан малоактивный образ жизни, полупостельный режим, минимальное количество лекарственных препаратов, а также полноценная диета, обогащенная белками, витаминами, минералами (диета № 5). Необходимо исключить жирные, жареные, копченые, консервированные продукты, пряности, крепкие напитки (чай и кофе), а также алкоголь.

### Медикаментозная терапия

При возникновении запоров показаны мягкие слабительные средства, для улучшения пищеварения – ферментные препараты без содержания желчи. Для защиты клеток печени и ускорения процессов восстановления назначают гепатопротекторы. Их следует принимать до 2-3 месяцев, желательно повторять курс приема таких лекарств несколько раз в год. При выраженном астеновегетативном синдроме используют поливитамины, природные адаптогены. Нередко применяют витамины в инъекциях: В1, В6, В12.

### Интерферонотерапия

Вирусные хронические гепатиты плохо поддаются терапии, большую роль играют иммуномодуляторы, которые косвенно воздействуют на микроорганизмы, активизируя иммунитет пациента. Использовать самостоятельно эти медикаменты запрещено, так как они обладают противопоказаниями и особенностями.

Особое место среди таких препаратов занимают интерфероны. Их назначают в виде внутримышечных или подкожных инъекций до 3 раз в неделю; при этом возможно повышение температуры тела, поэтому перед инъекцией необходим прием жаропонижающих средств. Положительный результат после лечения интерфероном наблюдается в 25 % случаев хронических гепатитов. В детском возрасте эта группа препаратов используется в виде ректальных свечей. Если позволяет состояние пациента, проводят интенсивную терапию: применяют препараты интерферона и противовирусные средства в больших дозировках, например, комбинируют интерферон вместе с рибавирином и ремантадином (особенно при гепатите С).

Постоянный поиск новых лекарственных препаратов привел к разработке пегилированных интерферонов, в которых молекула интерферона соединена с полиэтиленгликолем. Благодаря этому лекарство может дольше находиться в организме и длительно бороться с вирусами. Такие медикаменты высокоэффективны, они позволяют сократить частоту их приема и продлить период ремиссии хронического гепатита.

### Дезинтоксикационная терапия

Если хронический гепатит вызван интоксикацией, то следует провести дезинтоксикационную терапию, а также исключить проникновение токсинов в кровь (отменить лекарственный препарат, алкоголь, уйти с химического производства и т. п.).

### Терапия аутоиммунного гепатита

Аутоиммунный хронический гепатит лечится глюкокортикоидами в комбинации с азатиоприном. Гормональные средства принимают внутрь, после наступления эффекта их дозу понижают до минимально допустимой. При отсутствии результатов назначают [пересадку печени](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/liver-transplantation/).

## Профилактика и прогноз

Прогноз хронического гепатита зависит от вида болезни. Лекарственные формы практически полностью излечиваются, аутоиммунные также хорошо поддаются терапии, вирусные редко разрешаются, чаще всего они трансформируются в цирроз печени. Совмещение нескольких возбудителей, например, вируса гепатита В и Д, вызывает развитие наиболее тяжелой формы заболевания, которая быстро прогрессирует. Отсутствие адекватной терапии в 70% случаев приводит к циррозу печени.

Больные и носители вирусов гепатита не представляют большой опасности для окружающих, так как заражение воздушно-капельным и бытовым путем исключается. Заразиться можно только после контакта с кровью или другими биологическими жидкостями. Чтобы снизить риск развития патологии, нужно использовать барьерную контрацепцию во время полового акта, не брать чужие предметы гигиены. Для экстренной профилактики гепатита В в первые сутки после возможного заражения применяют [человеческий иммуноглобулин](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/immunoglobulin-prophylaxis/NHIG). Также показана [вакцинация против гепатита В](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/routine-vaccination/hepatitis-B). Специфическая профилактика других форм этой патологии не разработана.

 Цирроз печени

## Цирроз печени – это заболевание, характеризующееся перерождением паренхиматозной ткани печени в фиброзную соединительную ткань. Сопровождается тупой болью в правом подреберье, желтухой, повышением давления в системе воротной вены с характерными для портальной гипертензии кровотечениями (пищеводными, геморроидальными), асцитом и пр. Заболевание носит хронический характер. В диагностике цирроза печени определяющую роль играют данные УЗИ, КИ и МРТ печени, показатели биохимических проб, биопсия печени. Лечение цирроза печени предусматривает строгий отказ от алкоголя, соблюдение диеты, прием гепатопротекторов; в тяжелых случаях – трансплантацию донорской печени. Причины

**Алкогольная зависимость.** Регулярное употребление алкоголя в дозах 80-160 мл этанола ведет к развитию [алкогольной болезни печени](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/alcoholic-liver), которая В подавляющем большинстве случаев причиной развития цирроза печени является злоупотребление алкоголем и [вирусные гепатиты В](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/hepatitis-B) и С, реже - ферментопатии:

1. в свою очередь прогрессирует с возникновением цирроза. Среди лиц, злоупотребляющих алкоголем на протяжении 5-10 лет, циррозом страдает 35%.
2. **Заболевания гепатобилиарной системы.** [Хронические гепатиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/chronic-hepatitis) также зачастую ведут к фиброзному перерождению ткани печени. На первом месте по частоте диагностирования стоят вирусные гепатиты В и С (гепатит С склонен к более деструктивному течению и прогрессирует в цирроз чаще). Также цирроз может стать результатом [хронического аутоиммунного гепатита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/autoimmune-hepatitis), [склерозирующего холангита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/sclerosing-cholangitis), первичного холестатического гепатита, сужения желчных протоков, застоя желчи. Циррозы, развивающиеся вследствие нарушений в циркуляции желчи, называют [билиарными](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/biliary-cirrhosis). Они подразделяются на [первичные](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/primary-biliary-cirrhosis) и [вторичные](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/secondary-biliary-cirrhosis).

**Метаболические нарушения.** Причиной развития цирроза печени может стать обменная патология или недостаточность ферментов: [муковисцидоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/viscidosis), [галактоземия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/galactosemia), [гликогеноз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/genetic/glycogenosis), гемохротоз

У мужчин цирроз развивается чаще, чем у женщин, что связано с большим распространением в мужской среде злоупотребления алкоголем.

## Причины

В подавляющем большинстве случаев причиной развития цирроза печени является злоупотребление алкоголем и [вирусные гепатиты В](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/hepatitis-B) и С, реже - ферментопатии:

1. **Алкогольная зависимость.** Регулярное употребление алкоголя в дозах 80-160 мл этанола ведет к развитию [алкогольной болезни печени](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/alcoholic-liver), которая в свою очередь прогрессирует с возникновением цирроза. Среди лиц, злоупотребляющих алкоголем на протяжении 5-10 лет, циррозом страдает 35%.
2. **Заболевания гепатобилиарной системы.** [Хронические гепатиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/chronic-hepatitis) также зачастую ведут к фиброзному перерождению ткани печени. На первом месте по частоте диагностирования стоят вирусные гепатиты В и С (гепатит С склонен к более деструктивному течению и прогрессирует в цирроз чаще). Также цирроз может стать результатом [хронического аутоиммунного гепатита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/autoimmune-hepatitis), [склерозирующего холангита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/sclerosing-cholangitis), первичного холестатического гепатита, сужения желчных протоков, застоя желчи. Циррозы, развивающиеся вследствие нарушений в циркуляции желчи, называют [билиарными](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/biliary-cirrhosis). Они подразделяются на [первичные](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/primary-biliary-cirrhosis) и [вторичные](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/secondary-biliary-cirrhosis).
3. **Метаболические нарушения.** Причиной развития цирроза печени может стать обменная патология или недостаточность ферментов: [муковисцидоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/viscidosis), [галактоземия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/galactosemia), [гликогеноз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/genetic/glycogenosis), гемохроматоз.

### Факторы риска

К факторам риска перерождения печеночной ткани относят:

* гепатолентикулярную дегенерацию ([болезнь Вильсона](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/wilsons));
* прием [гепатотоксичных лекарственных препаратов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/hepatotoxicity) (метотрексат, изониазид, амиодарон, метил-допа);
* [хроническую сердечную недостаточность](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/heart_failure);
* синдром Бада-Киари;
* операционные вмешательства на кишечнике;
* паразитарные поражения кишечника и печени.

В 20-30% случаев причину развития цирроза печени установить не удается, такие циррозы называют криптогенными.

## Патогенез

Основным патогенетическим фактором развития цирроза печени является хроническое нарушение трофики гепатоцитов, их разрушение. Результатом становится постепенное формирование узелка - участка соединительной ткани. Сформировавшиеся узлы сдавливают сосуды в дольках и недостаточность кровообращения прогрессирует. При этом движение крови в системе воротной вены замедляется, сосуды переполняются и перерастягиваются.

## Кровь начинает искать обходные пути и преимущественно движется по сосудам коллатерального кровообращения, минуя печень. Сосуды, которые берут на себя основной объем печеночного кровотока – вены пищевода и желудка, геморроидальные, передней брюшной стенки – значительно переполняются, возникает их варикозное расширение, истончение стенок, что провоцирует кровотечения. Симптомы цирроза печени

активности прогрессирования и степени поражения печени. Бессимптомное течение отмечается у 20% больных, довольно часто заболевание протекает первоначально с минимальными проявлениями ([метеоризм](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/digestive/bloating), снижение Выраженность клинических симптомов зависит от причин возникновения цирроза, работоспособности).

Позднее может присоединяться периодическая тупая боль в правом подреберье, провоцируемая приемом алкоголя или нарушениями диеты и не купируемая приемом спазмолитиков, быстрое насыщение (ощущение переполнения желудка) и кожный зуд. Иногда отмечается некоторое повышение температуры тела, [носовые кровотечения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/nosebleeds). При дальнейшем прогрессировании обнаруживается [желтуха](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/parenchymal-jaundice), признаки портальной гипертензии, варикозные кровотечения из пищеводных и геморроидальных вен, [асцит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/ascites) (увеличение количества жидкости в брюшной полости).

## Характерные симптомы у больных с циррозом печени: «барабанные палочки» (специфическое утолщение фаланг пальцев), «часовые стекла» (характерное изменение ногтей), ладонная эритема (покраснение ладоней), телеангиэктазии («[сосудистые звездочки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/sosudistye_zvezdochki)», выступание тонких подкожных сосудов на лице и теле). У мужчин может отмечаться увеличение молочных желез ([гинекомастия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/gynecomastia)) и уменьшение яичек. Как правило, прогрессирующий цирроз печени ведет к снижению массы тела, дистрофии. Осложнения

Одним из опасных для жизни осложнений цирроза печени является печеночная недостаточность. [Острая печеночная недостаточность](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/acute-liver-failure) является терминальным состоянием, требующим неотложных лечебных мероприятий, [хроническая печеночная недостаточность](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/chronic-liver-failure) ведет к тяжелым нарушениям со стороны нервной системы в результате избыточного содержания в крови аммиака и отравления им головного мозга. При отсутствии лечения печеночная недостаточность перетекает в [печеночную кому](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/hepatic-coma) (смертность пациентов в печеночной коме от 80 до 100%).

Практически в подавляющем большинстве случаев прогрессирующий цирроз осложняется асцитом и [портальной гипертензией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/portal-hypertension). Асцит представляет собой скопление жидкости в брюшной полости, проявляется как увеличение живота, определяется при физикальном осмотре, методом перкуссии. Часто сопровождается отеками ног. Его возникновение связано с нарушением белкового гомеостаза.

Портальная гипертензия – застой крови в системе воротной вены, характеризуется усилением обходного (коллатерального) венозного оттока. В результате формируется [варикозное расширение вен пищевода](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/esophageal-varices), желудка, прямой кишки, возникают разрывы их стенок и кровотечения. Визуально портальная гипертензия определяется симптомом «голова медузы» - расширенными венами вокруг пупка, расходящимися в разные стороны.

Помимо вышеперечисленного, цирроз печени может осложняться присоединением [инфекции](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious), возникновением злокачественного новообразования ([гепатоцеллюлярной карциномы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/hepatocellular-carcinoma)) в печени, а так же есть вероятность развития [почечной недостаточности](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/chronic_renal_failure).

## Диагностика

1. функциональных проб, методов инструментальной диагностики.
 **ОАК.**В общем анализе крови при циррозе печени может отмечаться анемия, лейкоцитопения, [тромбоцитопения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/thrombocytopenia) (обычно это говорит о развитии гиперспленизма), данные коагулограммы показывают снижение протромбинового индекса.
2. **Биохимический анализ крови.** Выявляет повышение активности печеночных ферментов (Алт, АсТ Постановка диагноза осуществляется гастроэнтерологом или [гепатологом](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-gastroenterology/hepatologist) на основании совокупности данных анамнеза и физикального осмотра, лабораторных исследований,, щелочной фосфатазы), увеличение содержания в крови билирубина (обе фракции), калия и натрия, мочевины и креатинина, понижен уровень альбуминов. Также проводят анализы на выявление антител к вирусам гепатита и определение содержание альфа-фетопротеина.
3. [**УЗИ органов брюшной полости**](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ultrasound-gastroenterology/abdominal)**.** По данным сонографии отмечают изменение размеров и формы печени, ее звуковой проницаемости, также видны признаки портальной гипертензии, изменения селезенки.
4. **Томография.** [КТ брюшной полости](https://www.krasotaimedicina.ru/diagnostics/abdominal-ct/scan) позволяет еще более детально визуализировать печень, сосуды, желчные протоки. При необходимости проводится [МРТ печени](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/tomography-gastroenterology/biliary-tract) и допплерометрия сосудов печени.
5. [**Биопсия печени**](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/biopsy-gastroenterology/hepatic)**.**Позволяет оценить характер морфологических изменений и сделать предположение о причинах развития цирроза).

## В качестве вспомогательных методов выявления причины возникновения данного заболевания применяют методики выявление ферментных недостаточностей, исследуют показатели метаболизма железа, активность протеинов – маркеров обменных расстройств. Лечение цирроза печени

Терапия больных с циррозом печени должна решать следующие задачи: остановить прогрессирующее перерождение печеночной ткани, компенсировать имеющиеся функциональные расстройства, уменьшить нагрузку на вены коллатерального кровотока, предупредить развитие осложнений.

### Немедикаментозные методы

Всем пациентам назначается [специальная диета](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/overweight/individual-diet) и рекомендуется режим питания. При циррозе в фазе компенсации питаться необходимо полноценно, соблюдать баланс содержания белков, жиров и углеводов, принимать необходимые витамины и микроэлементы. Больные с циррозом печени должны категорически отказаться от употребления алкоголя.

### При возникновении высокого риска развития энцефалопатии, печеночной недостаточности, больных переводят на диету с пониженным содержанием белка. При асците и отеках пациентам рекомендован отказ от соли. Рекомендации по режиму: питание регулярное, 3-5 раз в день, занятия физическими упражнениями, избегание [гиподинамии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/hypodynamia) (прогулки, плавание, ЛФК). Фармакотерапия

Пациентам, страдающим циррозом печени, противопоказаны многие лекарственные средства. Также желательно ограничить употребление лекарственных трав и биологически активных добавок к пище.

Медикаментозная терапия цирроза печени заключается в корректировании симптомов, связанных с нарушением обмена, применением гепатопротекторов (адеметионин, орнитин, урсодезоксихолиевая кислота). Также применяют препараты, способствующие выведению аммиака и нормализации кишечной флоры (лактулоза), энтеросептики.

### Помимо непосредственного лечения цирроза, медикаментозную терапию назначают для борьбы с патологией, послужившей причиной перерождению печеночной ткани: противовирусная интерферонотерапия, гормональная терапия аутоиммунных состояний и т. д. Хирургическое лечение

При выраженном асците производят [лапароцентез](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnostic-surgery/laparocentesis) и удаление избытка жидкости из брюшной полости. Для формирования альтернативного кровотока делают [шунтирование коллатеральных сосудов](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/portal-hypertension/). Но кардинальной хирургической методикой лечения цирроза является [трансплантация донорской печени](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/liver-transplantation/). Трансплантация показана пациентам с тяжелым течением, быстрым прогрессированием, высокой степенью перерождения печеночной ткани, печеночной недостаточностью.

## Профилактика и прогноз

Цирроз является неизлечимым заболеванием, но при выявлении на ранних стадиях, успешном искоренении этиологического фактора и следовании рекомендациям по диете и образу жизни прогноз выживаемости относительно благоприятен. Алкогольный цирроз при продолжении злоупотребления алкоголем склонен к скорой декомпенсации и развитию опасных осложнений.

Больные с развившимся асцитом имеют прогноз выживаемости порядка 3-5 лет. При возникновении кровотечения из варикозных вен коллатерального кровотока смертность в первом эпизоде составляет порядка 30-50%. Развитие печеночной комы ведет к летальному исходу в подавляющем большинстве случаев (80-100%).

Профилактика цирроза печени заключается в ограничении приема алкоголя, своевременном и адекватном лечении вирусных гепатитов и других заболеваний, способствующих развитию цирроза. Также рекомендовано здоровое сбалансированное питание и активный образ жизни.

#  Острый и хронический

 панкреатит

Панкреатит – это прогрессирующее заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежит воспалительный процесс, приводящий к ее повреждению и изменению внешне- и внутрисекреторной функций, ведущее к серьезным нарушениям обмена веществ.

Поджелудочная железа – это орган пищеварительной системы, обеспечивающий эффективный процесс переваривания пищи и регуляцию углеводного обмена в организме. Она вырабатывает панкреатический сок (внешнесекреторная функция) и синтезирует гормоны (внутрисекреторная функция), в частности, инсулин – основной гормон, ответственный за поддержание нормального уровня глюкозы в крови. Сок поджелудочной железы содержит уникальный набор ферментов (протеаза, липаза, амилаза) – веществ, расщепляющие основные компоненты пищи: белки, жиры, углеводы. Гормон инсулин регулирует обмен углеводов. Благодаря работе поджелудочной железы обеспечиваются как процессы нормального пищеварения, и усвоение пищи, так и питание тканей и органов.

Частота этого заболевания во всем мире растет. В первую очередь это связано с нерациональным питанием, злоупотреблением алкоголя, ухудшением экологической обстановки.

#### Основные причины возникновения панкреатита

* злоупотребление алкоголя;
* постоянное употребление большого количества жирной, жареной, копченой, острой пищи;
* ожирение;
* патология гепатобилиарной системы (желчекаменная болезнь, холецистит, гепатит);
* заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь, гастриты, опухоли);
* вирусные инфекции (эпидемический паротит, гепатит В);
* эндокринные заболевания (гиперпаратиреоз);
* травмы поджелудочной железы, в том числе операции;
* курение;
* тяжелая пищевая аллергия;
* прием лекарственных препаратов (тетрациклины, сульфаниламиды, цитостатики);
* муковисцидоз;
* наследственный панкреатит.

#### Симптомы панкреатита

Выделяют острый и хронический панкреатит.

При остром панкреатите происходит нарушение свободного оттока панкреатического сока, ведущего к самоперевариванию железы собственными ферментами. Для этого заболевания характерен резкий болевой синдром. Боль возникает в левой части живота, через некоторое время приобретает опоясывающий характер, сопровождается тошнотой, рвотой. Вследствие интоксикации, обезвоживания организма (частая рвота) состояние пациентов быстро становится тяжелым: падает артериальное давление, нарушается сознание. Может развиться коллапс и шок. Это заболевание относят к неотложным состояниям в хирургии, и требует срочного осмотра хирурга и госпитализации в хирургический стационар.

В течение хронического панкреатита  выделяют два периода: начальный и период выраженного повреждения поджелудочной железы. В начальном периоде (продолжается около 10 лет) основным проявлением выступает болевой синдром. Боль локализуется преимущественно в верхней и средней части живота, левой половине грудной клетки, в области сердца (как при ишемической болезни сердца) в левой поясничной области (напоминает почечную колику), может распространяться по окружности тела, быть опоясывающей, уменьшаться в положении сидя, при наклоне туловища вперед, чаще возникает через 15-20 минут после еды.

Провоцируют боль чрезмерная, жирная, жареная, копченая пища, прием алкогольных и газированных напитков, шоколад, кофе, какао. Боль сопровождается  диспепсическими явлениями – длительной тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, вздутием живота, послаблением стула.  Диспепсические симптомы наблюдаются не всегда и имеют сопутствующий характер, легко купируются при лечении. Внешнесекреторная функция поджелудочной железы, как правило, остается сохранной.

При длительном существовании хронического панкреатита происходит структурная перестройка ткани поджелудочной железы, уменьшается ее способность вырабатывать ферменты и гормоны, формируется секреторная недостаточность. Боли становятся менее выраженными, а чаще могут вообще отсутствовать. В клинической картине преобладает диспепсический синдром, развивается внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, проявляющаяся синдромами мальабсорбции и мальдигестии.

Мальдигестия – это нарушение переваривания пищи до необходимых для всасывания составных частей. Мальабсорбция – нарушение самого механизма всасывания в тонком кишечнике. Ведущим симптомом является кашицеобразный стул 2-3 раза в день и чаще, «большой панкреатический стул» (обильный, зловонный, жирный). Характерно вздутие живота в результате скопления газов в кишечнике. Происходит потеря массы тела. Появляются признаки гиповитаминоза: снижение зрения в сумеречное время, нарушение пигментации (недостаток витамина А), кровоточивость десен (недостаток витаминов К и С), конъюнктивит, стоматит, зуд кожи (недостаток витаминов группы В), анемия (гиповитаминоз В12 и фолиевой кислоты). Нарушение всасывания кальция приводит к судорогам, болям в костях (остеопороз). Развивается эндокринная недостаточность поджелудочной железы. Появляются эпизоды гипогликемии (снижению уровня сахара в крови) с характерной слабостью, нервно-психическим возбуждением, холодным потом, дрожью в теле. В дальнейшем развивается панкреатогенный сахарный диабет. Отмечается сухость кожи, жажда.

#### Диагностика панкреатита

Инструментальное подтверждение патологических изменений в поджелудочной железе:

1. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ). Определяет увеличение размеров поджелудочной железы, кальцификаты в тканях, нечеткость и неровность контуров, неоднородность структуры, изменение эхогенности, наличие кист, расширение протоков. Чувствительность УЗИ в диагностики панкреатита составляет 80-85%. Поэтому во всех случаях сонографичных изменениях следует сопоставлять с  лабораторными данными, так как результаты УЗИ являются недостаточно специфичными.
2. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ)– выявляют увеличение поджелудочной железы, обнаруживают кальцификацию, псевдокисты, определяет расширения протоков, выявляют поражения соседних органов, злокачественные новообразования.
3. ЭРПХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. В настоящее время играет одну из ведущих ролей в диагностике панкреатитов. Чувствительность этого метода составляет 93 -100%.

#### Лабораторная диагностика панкреатита

1. Определение фекальной панкреатической эластазы -1. Данным методом определяется лишь человеческая эластаза, поэтому на результаты теста не влияет проведение заместительной ферментативной терапии. Является «золотым стандартом» диагностики хронического панкреатита.
2. Общий анализ крови – появляются признаки воспаления, анемии.
3. Альфа – амилаза крови и мочи – при обострении повышается. Но чувствительность теста не превышает 30 %.
4. Уровень сахара в крови – для выявления сахарного диабета.
5. Общий анализ мочи – проводят для исключения заболеваний почек.
6. ЭКГ и Эхо- кардиография – для исключения заболеваний сердца.

В диагностике панкреатита ведущая роль принадлежит специалисту - врачу терапевту или гастроэнтерологу. Лишь они способны выбрать методы диагностики, их последовательность  у каждого конкретного пациента, чтобы быстро, точно и с минимальными затратами установить правильный диагноз.

#### Консультация специалистов:

1. Гастроэнтеролога, для выбора тактики лечения.
2. Хирурга, при длительно текущем болевом синдроме, развитии осложнений.
3. Эндокринолога, при развитии сахарного диабета.
4. Кардиолога, для исключения патологии сердечнососудистой системы.

#### Лечение панкреатита

Причины развития панкреатита разнообразны и в ряде случаев при их устранении происходит уменьшение воспалительного процесса.

Необходимо отказаться от употребления алкоголя, соблюдать диету с низким содержанием животных жиров, исключить прием лекарственных препаратов, которые могут оказывать повреждающее действие на поджелудочную железу, чрезвычайно важно проводить лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, пищевой аллергии.

Главной целью лечения является устранение боли, коррекция нарушений функции поджелудочной железы, предупреждение и лечение осложнений.

Для устранения болевого синдрома используют ненаркотические и наркотические анальгетики. Дозу анальгетиков подбирает врач, начиная с самой низкой эффективной дозы. Применяют миотропные спазмолитики (мебеверин, но-шпа, спазмолгон).

Для купирования боли применяют панкреатические ферменты, с достаточным содержанием липазы, не менее 10 000 тыс. ЕД. (Креон, панзинорм)  в сочетании  с ингибиторами протоновой помпы (ИПП – омепразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол) как для защиты ферментов от разрушения под действием желудочного сока, так и для создания физиологического покоя поджелудочной железы. Эти препараты показаны только при умеренном обострении хронического панкреатита. Выбор препарата, его дозировку, кратность приема осуществляет только врач.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения проводят оперативную коррекцию заболевания. Оперативное лечение помогает продлить жизнь этих больных и улучшить ее качество.

Заместительная полиферментная терапия проводится при развитии внешнесекреторной недостаточности. Показанием для ее проведения является прогрессирующая потеря массы тела, стойкий диарейный (частый жидкий стул) синдром. Ее целью является обеспечение достаточной активности липазы в двенадцатиперстной кишке. При правильно подобранной дозе ферментного препарата пациент отмечает увеличение массы тела, нормализацию стула, уменьшение симптомов боли, вздутия живота. Применение полиферментативных препаратов панкреатина, особенно в традиционных дозах и ферментативных препаратов растительного происхождения является практически бесполезным. Полиферментативная терапия назначается в зависимости от уровня внешнесекреторной недостаточности, согласно данным эластазного теста. При развитии панкреатогенного сахарного диабета  - соблюдение диеты и наблюдение эндокринолога. Выбрать необходимую схему лечения может только специалист – врач терапевт или гастроэнтеролог, используя индивидуальный подход в каждом отдельно взятом случае.

#### Диета при панкреатите

Основной принцип диетотерапии – употребление пищи, щадящей желудок, поджелудочную железу и печень. В период обострения хронического панкреатита, в первые 1-2 дня назначают голод. Разрешен только прием жидкости 1,0-1,5 литра в сутки (по 200мл 5-6 раз в день). Это щелочная минеральная вода без газа комнатной температуры, отвар шиповника (1-2 стакана), некрепкий чай. По мере улучшения общего состояния пациента переводят сначала на ограниченное, а затем и на полноценное питание. При расширении диеты строго соблюдается принцип постепенности как в отношении объема и калорийности рациона, так и в отношении включения в него отдельных блюд и пищевых продуктов. Есть нужно неторопливо, тщательно пережевывая пищу, 5 раз в день. Современные подходы в диетотерапии не предусматривают исключения из рациона каких-либо продуктов. Исключение или существенное ограничение (особенно в период обострения) индивидуально непереносимых продуктов и продуктов, которые вызывают ухудшение течение болезни.

Роль сестринского персонала в профилактике заболеваний органов пищеварения

Сестринский процесс – научный метод организации и исполнения системного ухода за пациентами, ориентированный на удовлетворение потребностей человека, связанных со здоровьем.

Сестринский процесс включает в себя обсуждение с пациентом и (или) его близкими всех возможных проблем (о наличии некоторых из них пациент и не подозревает), помощь в их решении в пределах сестринской компетенции.

Цель сестринского процесса – предупредить, облегчить, уменьшить или свети к минимуму те проблемы, которые возникли у пациента.

Сестринский процесс состоит из 5 этапов:

1. сестринское обследование (сбор информации о пациенте);

2. сестринская диагностика (определение потребностей);

3. определение целей и планирование ухода;

4. реализация плана ухода;

5. оценка и коррекция ухода в случае необходимости.

Все этапы в обязательном порядке регистрируются в документации к осуществлению сестринского процесса.

I этап – сестринское обследование. Сестра должна ясно представлять своеобразие каждого своего пациента для того, чтобы реализовать такое требование к профессиональному уходу, как индивидуальность п Учитывая реалии российского практического здравоохранения, предлагается осуществлять сестринскую помощь в рамках 10 фундаментальных потребностей человека.

Любое заболевание ЖКТ, приводит к нарушению удовлетворения одной или нескольких потребностей, что вызывает у пациента ощущение дискомфорта.

Так как конечная цель работы медицинской сестры – это комфорт ее пациентов, она обязана выяснить, пользуясь специальной методикой сестринского обследования, нарушение удовлетворения каких потребностей служит причиной дискомфорта.

Для этого она расспрашивает пациента, производит его физическое обследование по органам и системам, изучает его образ жизни, выявляет факторы риска по данному заболеванию, знакомится с историей болезни, беседует с врачами и родственниками, изучает медицинскую и специальную литературу по профилактике заболевания и уходу за пациентом.

Тщательно проанализировав всю собранную информацию, медицинская сестра приступает ко II этапу – сестринской диагностике. Сестринская диагностика всегда отражает дефицит самоухода, имеющийся у пациента, и направлен на его размещение и преодоление. Сестринская диагностика может изменяться ежедневно и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь. Сестринские диагнозы могут быть физиологические, психологические, духовные, социальные, а также настоящие и потенциальные.

В конце второго этапа медицинская сестра определяет приоритетные проблемы, то есть те проблемы, решение которых наиболее важно в настоящий момент

Так как конечная цель работы медицинской сестры – это комфорт ее пациентов, она обязана выяснить, пользуясь специальной методикой сестринского обследования, нарушение удовлетворения каких потребностей служит причиной дискомфорта.

Для этого она расспрашивает пациента, производит его физическое обследование по органам и системам, изучает его образ жизни, выявляет факторы риска по данному заболеванию, знакомится с историей болезни, беседует с врачами и родственниками, изучает медицинскую и специальную литературу по профилактике заболевания и уходу за пациентом.

Тщательно проанализировав всю собранную информацию, медицинская сестра приступает ко II этапу – сестринской диагностике. Сестринская диагностика всегда отражает дефицит самоухода, имеющийся у пациента, и направлен на его размещение и преодоление. Сестринская диагностика может изменяться ежедневно и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь. Сестринские диагнозы могут быть физиологические, психологические, духовные, социальные, а также настоящие и потенциальные.

В конце второго этапа медицинская сестра определяет приоритетные проблемы, то есть те проблемы, решение которых наиболее важно в настоящий момент.

На III этапе сестра формирует цели и составляет индивидуальный план сестринских вмешательств. При составлении плана ухода сестра может руководствоваться стандартами сестринской практики, в которых перечислены мероприятия, обеспечивающие качественную сестринскую помощь по данной сестринской пробле

В конце третьего этапа сестра в обязательном порядке согласовывает свои действия с пациентом и его семьей и записывает в сестринскую историю болезни.

Четвертый этап – реализация сестринских вмешательств. Не обязательно сестра выполняет все сама, часть работы она поручает другим лицам – младшему медицинскому персоналу, родственникам, самому пациенту. Однако, ответственность за качество выполненных мероприятий она принимает на себя.

Сестринские вмешательства бываю 3 видов:

1. Зависимое вмешательство – выполнение под наблюдением врача и по назначению врача;

2. Независимое вмешательство – действие медицинской сестры по собственному усмотрению, то есть помощь пациенту в самообслуживании, наблюдение за пациентом, советы по организации досуга и т.д.

3. Взаимозависимое вмешательство – сотрудничество с врачами и другими специалистами.

Задача V этапа – определение результативности сестринского вмешательства, и его коррекция в случае необходимости.

Оценка осуществляется сестрой непрерывно, индивидуально. Если проблема решена, сестра должна обоснованно удостоверить в сестринской истории болезни. Если цели не удалось достигнуть, следует выяснить причины неудачи и внести необходимую корректировку в план сестринской помощи. В поисках ошибки необходимо еще раз поэтапно проанализировать все действия сестры.

Таким образом, сестринский процесс – необычайно гибкий, живой и динамичный процесс, обеспечивающий постоянный поиск ошибок в уходе и систематическое своевременное внесение корректив в план сестринской помощи.

Сестринский процесс применим в любой области сестринской деятельности, в том числе и в профилактической работе.

омощь по данной сестринской проблеме.