## ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ

Хронический гепатит – полиэтиологическое диффузное воспалительное заболевание печени, проявляющееся дистрофией или некрозом гепатоцитов в сочетании с воспалительно-клеточной инфильтрацией стромы, продолжающееся без улучшения не менее 6 месяцев, и прогрессирующее или непрогрессирующее в цирроз.

**Этиология и классификация.** В клинической практике пользуются классификацией хронического гепатита, учитывающей этиологию, активность и стадию заболевания,

Основными этиологическими факторами признаны гепатотропные вирусы B, C, D, G (**хронический гепатит В**, или **С**, или **D**-дельта), действие токсичных лекарств – метилдопа, изониазид и другие (**хронический лекарственный гепатит**).

При **хроническом идиопатическом аутоиммунном гепатите** 1, 2 и 3 типа этиология заболевания остается неустановленной. Присутствуют признаки аутоиммунного воспаления – антитела к гладкой мускулатуре, антинуклеарные, микросомальные и другие антитела.

При наличии характерных морфологических изменений в печени и исключении вирусной, аутоиммунной, лекарственной природы заболевания – **хронический криптогенный гепатит**.

**Активность** воспалительного процесса в печени определяется на основании морфологического исследования, лабораторных тестов – легкий, умеренный и тяжелый гепатит (выраженность некроза гепатоцитов, воспалительной инфильтрации).

Стадия гепатита отражает пргрессирование болезни с развитием фиброза и определяется его степенью. Наличие тяжелого фиброза с нарушением структуры печеночной ткани, наличием узлов регенерации – признак трансформации гепатита в цирроз печени.

**Клиника хронического гепатита**. Воспалительный процесс в печени различной степени активности сопрвождается повышением проницаемости мембран и разрушением гепатоцитов (синдром цитолиза), нарушением синтетической, дезинтоксикационной функций печени (синдром печеночно-клеточной недостаточности).

Хронический гепатит с минимальной активностью характеризуется умеренно выраженными клиническими проявлениями: астеновегетативным, болевым, диспепсическим синдромами. Печеночная желтуха обусловлена в основном синдромом цитолиза. Во многих случаях отмечаются незначительные проявления только одного из вышеуказанных синдромов. Функция печени при хроническом персистирующем гепатите сохранена – синдром печеночно-клеточной недостаточности отсутствует.

Возможны несильные боли ноющего или распирающего характера, чувство тяжести в правом подреберье, которые усиливаются после приема жирной пищи. Увеличение печени при низкой активности воспалительного процесса незначительно, что не приводит к появлению интенсивных болей.

Диспепсические симптомы неспецифичны: тошнота, отрыжка воздухом или съеденной пищей, сухость и горечь во рту.

Нерезко выражены астеновегетативные проявления – неустойчивость настроения, сердцебиение, потливость.

При осмотре отмечается желтушность склер, слизистых оболочек (при билирубинемии не более 40мколь/л), повышенная влажность кожных покровов, разлитой красный дермографизм.

Осмотр полости рта выявляет обложенность языка и его некоторую сухость. Отмечается увеличение высоты печеночной тупости на 1-3см. Поверхностная пальпация выявляет чувствительность живота в правом подреберье. Край печени утолщен, уплотнен, слегка болезненный, гладкий при ровном контуре. Селезенка – не увеличена.

При увеличении активности гепатита более выражены проявления воспаления в печени - болевой, гепатолиенальный, диспепсический синдромы. Проявлением печеночно-клеточной недостаточности является синдром печеночной желтухи, геморрагический синдром, возможна печеночная энцефалопатия.

Активность воспалительного процесса отражается в повышении температуры тела, болях в суставах, слабости, отсутствии аппетита. Характерны выраженные боли ноющего или распирающего характера, чувство тяжести в правом и левом подреберьях (за счет увеличения печени и селезенки).

Выражены диспепсические жалобы: тошнота, отрыжка воздухом или съеденной пищей, сухость и горечь во рту.

Характерна выраженная печеночная желтуха: желтушность кожи, слизистых оболочек, темная моча (цвета пива), кал обычного цвета (синдром цитолиза, печеночно-клеточной недостаточности).

Проявлением печеночно-клеточной недостаточности является похудение за счет атрофии мышц и подкожножировой клетчатки.

При общем осмотре выявляются кровоточивость слизистых (носа, десен), петехиально-пятнистые геморрагические элементы на коже (синдром печеночно-клеточной недостаточности), увеличение лимфатических узлов. Характерны печеночные знаки – сосудистые звездочки, телеангиоэктазии, печеночные ладони с эмалевыми ногтями.

Увеличены печень и селезенка, край их уплотнен, болезненный (гепатолиенальный синдром как признак активного воспаления в печени).

При хроническом идиопатическом аутоиммунном гепатите характерны, кроме того, внепеченочные симптомы: сыпь, артралгии, тиреоидит, кератоконъюнктивит, нефрит, гемолитическая анемия.

Исходом хронического гепатита может быть выздоровление, длительная ремиссия, цирроз печени, первичный рак печени.

**Лабораторно-инструментальная диагностика.**

Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, возможны снижение количества эритроцитов и гемоглобина.

Анализ мочи: уробилинурия, билирубинурия, возможны протеинурия, цилиндрурия.

Биохимический анализ крови: увеличение γ-глобулинов, тимоловой пробы более 10-15 ед. (синдром мезенхимального воспаления), увеличение прямого и общего билирубина, активности трансаминаз АсАТ и АлАТ более 3-4 раз (синдром цитолиза), снижение протромбина, общего белка, альбуминов, холестерина (синдром печеночно-клеточной недостаточности).

Иммунологическое исследование: антитела к гладкой мускулатуре, антинуклеарные, микросомальные и другие антитела (аутоиммунный гепатит).

УЗИ: увеличение печени и селезенки при неоднородности паренхимы печени.

Лапароскопия: большая пестрая печень с утолщением капсулы, усилением рисунка визуально определяемых сосудов, спленомегалия.

Биопсия печени: активность (некроз гепатоцитов, воспалительная инфильтрация лейкоцитами, плазмоцитами) и стадия (выраженность фиброза).