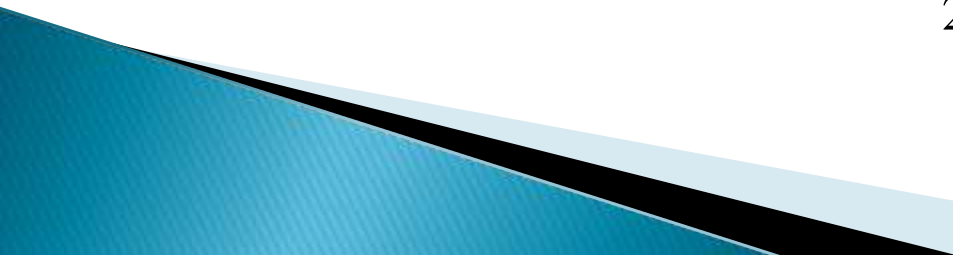


Одеський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 з післядипломною освітою

Лекція
**Хронічні гепатити
та цирози печінки**

Доцент Перепелюк Микола Миколайович

2024-25 уч.рік



Клінічний випадок

Пацієнтка Д.В.Г., 1979 р.н., звернулась на початку лютого 2019 р. в зв'язку з лабораторно виявленим вірусом гепатита С (пацієнтка проходила обстеження в Центрі репродуктивної медицини Університетської клініки).

На момент звернення пацієнтка активно скарг не пред'являла. При опитуванні виявлено: періодичні головні болі, епізоди пониженого настрою. Джерелом інфікування вірусом гепатита С було, скоріш за все, одне з татуювань.

Клінічний випадок, продовження



Вірусологічне обстеження: кількісний аналіз — 334396 МЕ/мл
(**1337583** копій/мл).

Загальний аналіз крові (04.02.19) Нв — 134 г/л, Л — 4,6 Г/л, Тр —
220 Г/л, ШОЕ- 5 мм/год, лейкоформула — без патології.

Біохімічний аналіз крові (04.02.19): тимолова проба — 2,4 едSH,
білірубін — 11,6 мкмоль/л, АлТ — **48** U/l, АсТ- **45** U/L, глюкоза —
4,11 ммоль/л.

Фібротест – F0-F1

Коагулограма та загальний аналіз сечі — без патологічних
відхилень.



Клінічний випадок,
продовження

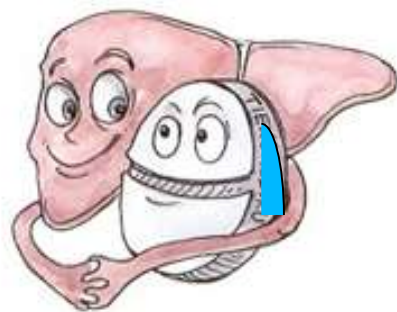
Діагноз:

*Хронічний вірусний гепатит С,
фаза реактивації, F0-F1, A1.*

Клінічний випадок, продовження

Противірусна терапія була почата у лютому 2019 р.: софусбувір 400 мг в обід разом з ледіпасвіром 90 мг в обід.

Переносимість терапії була хорошою, нових скарг не було.



Клінічний випадок, продовження

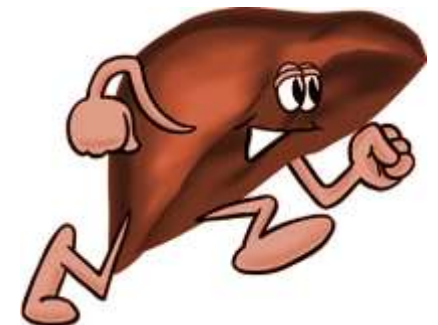
Якісний аналіз на наявність РНК вірусу гепатита С в крові 22.05.19 — негативний.

Загальний аналіз крові (25.05.19) Нв — 120 г/л, Л — 4,5 Г/л, Тр — 202 Г/л, ШОЕ- 5 мм/год.

Біохімічний аналіз крові (25.05.19): тимолова проба — 1,5 едSH, АлТ — 16 U/l, АсТ- 15 U/L, глюкоза — 4,97 ммоль/л.

Коагулограма — без патологічних відхилень.

Пацієнтка може вважатися практично здоровою.



Синдроми при хронічних гепатитах, 1-2

Астенічний

- слабкість
- швидка втомлюваність
- втрата працездатності
- підвищена пітливість
- емоційна лабільність

Печінково- жовчно- диспептичний

- зниження апетита
- відчуття гіркоти в роті
- нудота
- відчуття важкості в правому підребер'ї

Синдроми при хронічних гепатитах, 3-6

Цитолітичний	Жовтяниця	↑ АлТ, ↑ АсТ ↑ білірубін (за рахунок прямого)
Мезенхімально-запальний	↑ температури тіла збільшення печінки	↑ ШОЕ ↑ тимолова проба ↑ гамма –глобуліни
Холестатичний	свербіж шкіри ксантелазми	↑ лужна фосфатаза ↑ ГГТП ↑ холестерин ↑ білірубін (за рахунок прямого)
Печінково-клітинна недостатність	петехії, екхімози набряки потоншення підшкірної клітковини	↓ протромбін ↓ альбумін ↓ холестерин ↑ білірубін (за рахунок непрямого)

Ксантелазми



Класифікація хронічних гепатитів



За етіологією та патогенезом

Хронічний вірусний гепатит В

Хронічний вірусний гепатит D

Хронічний вірусний гепатит С

Хронічний вірусний гепатит (який не характеризується інакше)

Аутоімунний гепатит (тип 1,2,3)

Хронічний токсичний гепатит

Хронічний медикаментозний гепатит

Хронічний алкогольний гепатит

Хронічний криптогенний гепатит

Коефіцієнт де Рітиса

АсТ/Алт < 1 – при всіх гепатитах,
крім алкогольного

АсТ/Алт > 2 – при алкогольному гепатиті

Класифікація хронічних гепатитів



По біохіміко-гістологічним критеріям

I. Ступінь активності:

- а) мінімальна (АлАТ < 5 N)
- б) помірна (5 N > АлАТ > 10 N)
- в) виражена (АлАт > 10 N)

II. Стадія хронічного гепатита:

0 – фіброз відсутній

1 – мінімальний перипортальний фіброз

2 – помірний фіброз з портопортальними септами

3 – виражений фвброз з портоцентральною септами

4 – цироз печінки

Біопсія печінки – золотий стандарт морфологічної верифікації



Еластометрія печінки



Фібротест

Альфа-2-макроглобулін, г/л

Гаптоглобін, г/л

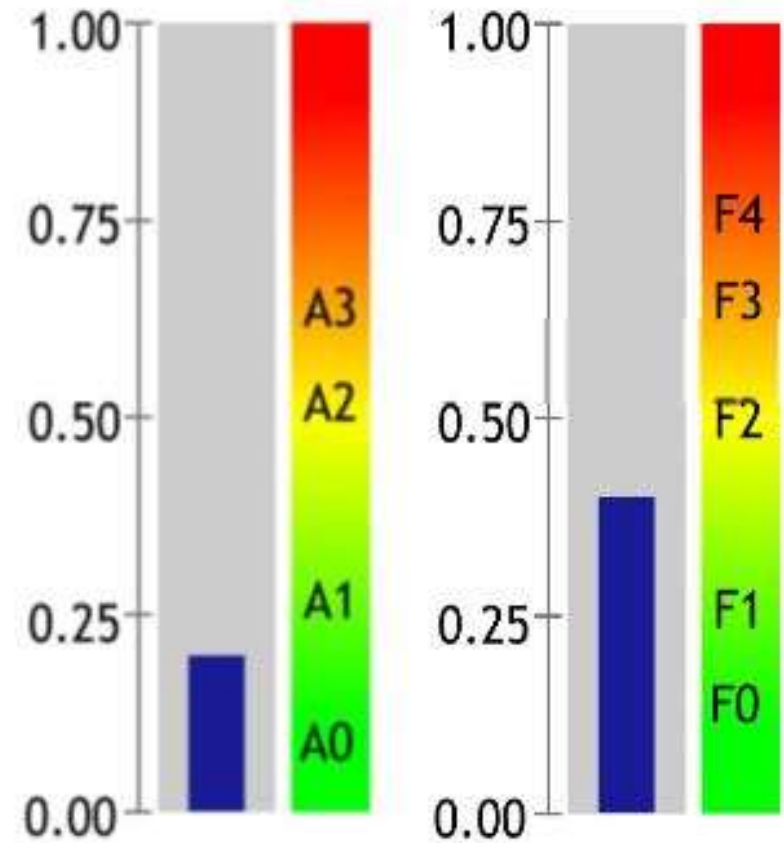
Аполіпопротеїн А1, г/л

Білірубін загальний, мкмоль/л

Гаммаглутаматтрансаміназа, Од/л

Стать

Вік, років



Маркери хронічних вірусних гепатитів В і С

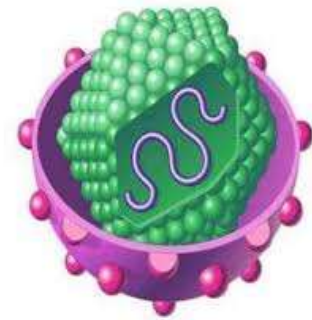
Вірусний гепатит В

HBsAg



Вірусний гепатит С

anti-HCV





Принципи лікування хронічних гепатитів

Хронічний вірусний гепатит В

Рекомбінантний інтерферон (лаферон, роферон) по 5 млн.МЕ п/к (в/м) через день

чи

48 тижнів

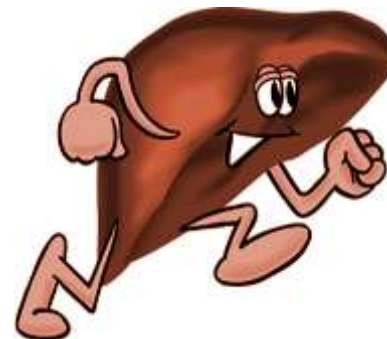
Пегільований інтерферон (пегасис) 180 мкг п/ш 1 раз в неделю

Аналоги нуклеотидів/нуклеозидів (ламівудін, ентекавір) перорально, тривало, до досягнення контролю віремії

Хронічний вірусний гепатит С



	SOF+ RBV	LDV/SOF± RBV	SOF/VEL± RBV	OMV/PTV/RTV + DSV ± RBV	OMV/PTV/RTV ± RBV	GRZ/EBV ± RBV	SOF + DCV ± RBV*	SOF + SMV ± RBV
Генотип 1	×	✓	✓	✓	×	✓	✓	Субоптимальні результати
Генотип 2	Субоптимальні результати	×	✓	×	×	×	✓	×
Генотип 3	Субоптимальні результати	×	✓	×	×	×	✓	×
Генотип 4	×	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓
Генотип 5	×	✓	✓	×	×	×	✓	×
Генотип 6	×	✓	✓	×	×	×	✓	×



Принципи лікування хронічних гепатитів

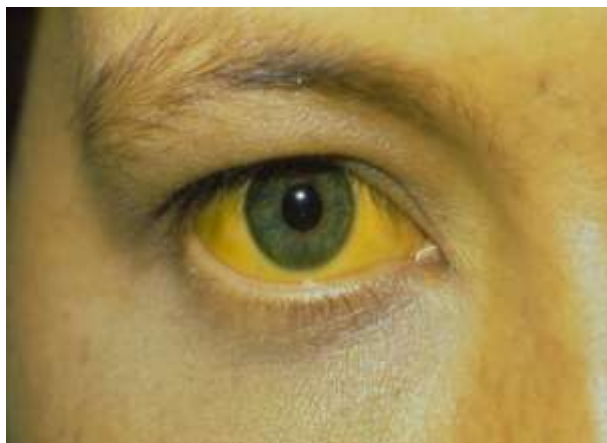
Токсичний, алкогольний, медикаментозний гепатит

- елімінація/послаблення причинного фактора
- дезінтоксикація
- гепатопротектори

Аутоімунний гепатит

- глюкокортикоїди
- цитостатики
- препарати урсодезоксихолевої кислоти





Цироз печінки



Класифікація цироза печінки за Чайлд-Пью

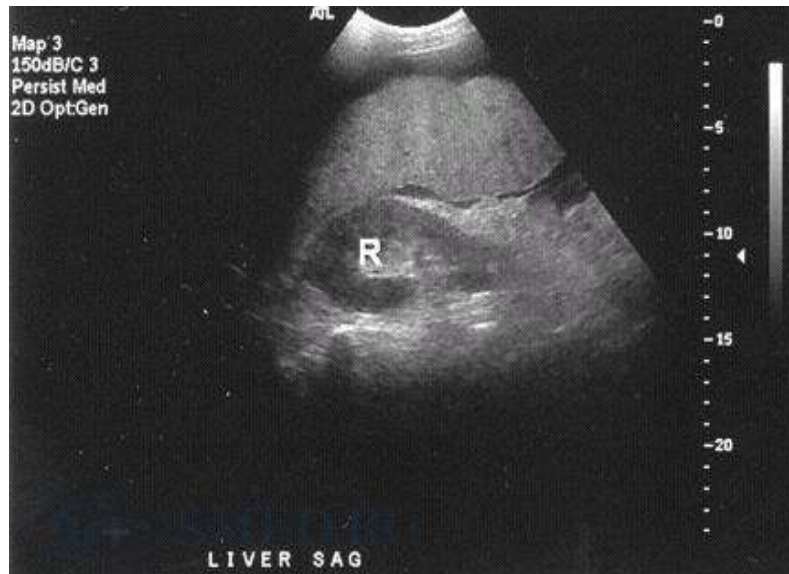
Параметр	Бали		
	1	2	3
Асцит	Немає	М'який, легко піддається лікуванню	Напружений, погано піддається лікуванню
Енцефалопатія	Немає	Легка (I—II)	Важка (III—IV)
Білірубін, мкмоль/л	Менш ніж 34	34—51	Більш ніж 51
Альбумін, г/л	Більш ніж 35	28-35	Менш ніж 28
ПТІ, %	Більш ніж 60	40-60	Менш ніж 40

5-6 балів - *клас А*, 7—9 балів — *клас В*, 10-15 балів - *клас С*

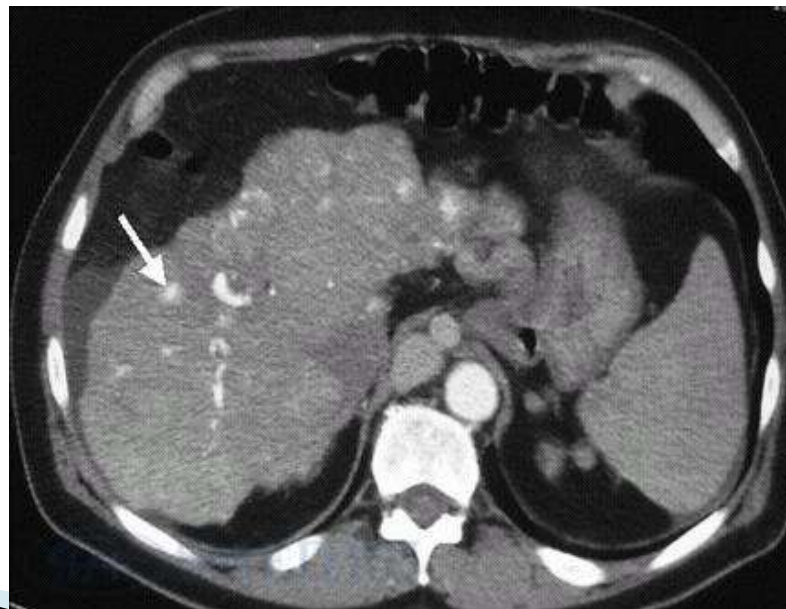
Прогноз у відношенні ряду подій у хворих
на цироз печінки на основі системи Чайлд-П'ю

Події	Клас А	Клас В	Клас С
Смертність при шлунково-кишковій кровотечі	< 10 %	30-40 %	> 70 %
Смертність при варикозній кровотечі	5 %	18 %	68 %
Ризик рецидиву варикозної кровотечі	25 %	50 %	75 %
Смертність після абдомінальних операцій	< 5 %	10-20 %	50 %
Середня тривалість життя при лікуванні	6,4 роки		2 місяці
Печінкові причини смерті	43 %	72 %	85 %
Позапечінкові причини смерті	57 %	28 %	15 %

Інструментальна діагностика цироза печінки



УЗІ печінки у пацієнта з цирозом печінки. Орган має підвищену ехогенність у порівнянні з паренхімою нирки ®

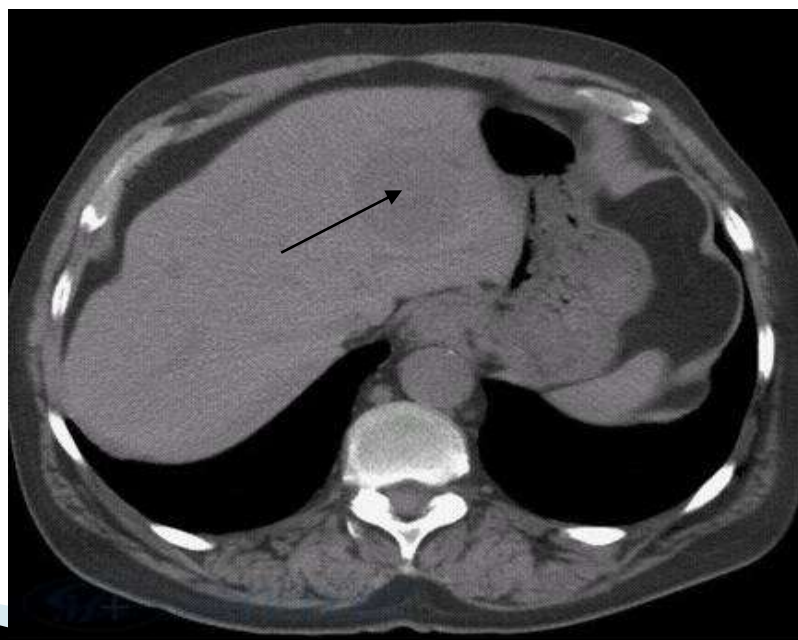


Вузли регенерації паренхіми печінки у пацієнта з цирозом

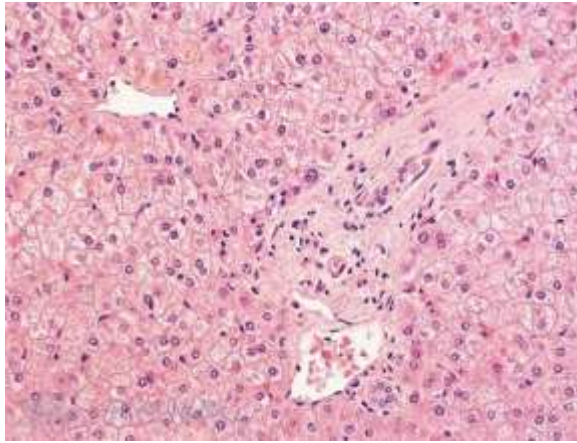
Інструментальна діагностика цироза печінки



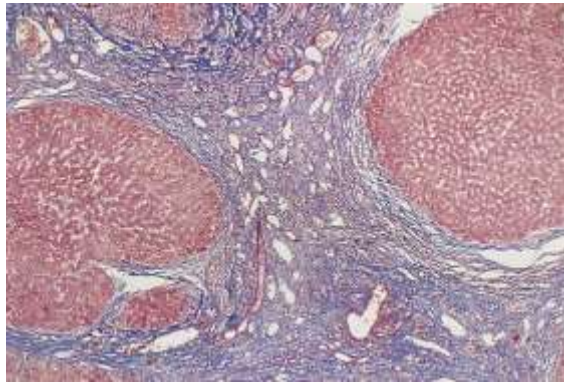
Цироз печінки
зі зменшенням
об'єма органа



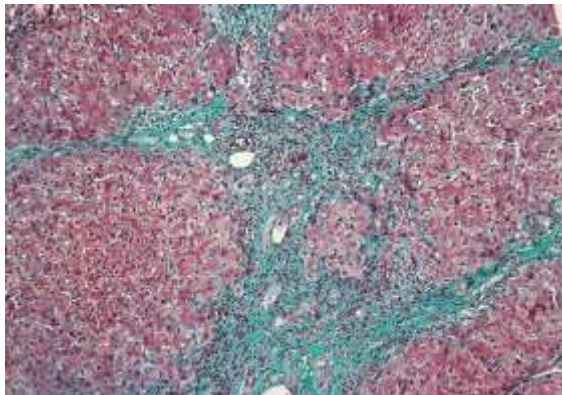
Гепатоцелюлярна
карцинома



Тканина печінки в нормі



Мікроскопічна картина цироза печінки, який розвинувся внаслідок хронічного гепатита С



Цироз печінки внаслідок аутоімунного гепатита

Лікування компенсованого цирозу печінки (клас А)

1. **Елімінація/послаблення причинного фактора**
2. **Створення функціонального спокою для печінки**
(лактолоза, рифаксимін, пробіотики, УДХК)
3. **Корекція мікроциркуляторного русла печінки**
(соматостатин, нітрати, пентоксифілін, венотоніки)

Лікування субкомпенсованого цирозу печінки (клас В)

1. **Елімінація/послаблення причинного фактора**
2. **Створення функціонального спокою для печінки** (лактолоза, рифаксимін, пробіотики, УДХК)
3. **Корекція мікроциркуляторного русла печінки** (соматостатин, нітрати, пентоксифілін, венотоніки)
4. **Вазоконстриктори вісцеральних артерій** (терліпресин)
5. **Діуретики** (спіронолактон, за потреби + фуросемід)
6. **Хірургічне лікування** (портокавальне шунтування, TIPS, роз'єднувальні операції, ендоскопічні методи)

Лікування субкомпенсованого цирозу печінки (клас В)


Хірургічне лікування

- **Операції портокавального шунтування** (дистальний спленоренальний анастомоз, селективний мезентерико–оварикоанастомоз)
- **TIPS** (транс'югулярний внутрішньопечінковий портосистемний шунт)
- **Ендоскопічні методи** (склеротерапія, лігування, ендоскопічне використання клею)

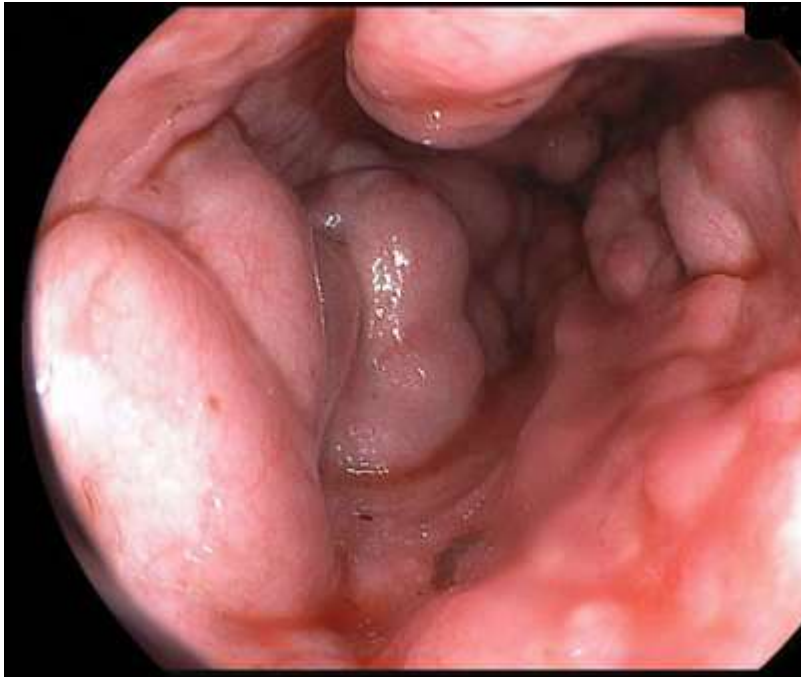
Лікування декомпенсованого цирозу печінки (клас С)

- 1. Медикаментозне лікування портальної гіпертензії** (терліпресин, сандостатин, альбумін, спіронолактон+фуросемід)
- 2. Лапароцентез +** за можливості - ультрафільтрація і реінфузія асцитичної рідини
- 3. При кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу**
 - відновлення ОЦК (кристалоїди, колоїди, Ер-маса)
 - гемостатична терапія (транексамова кислота, діцинон)
 - балонна тампонада зондом Блекмора-Сейнстакена
 - детоксикаційна терапія (сифонові клізми, трансінтестинальна іригація лактулози через тонкий поліхлорвініловий назоінтестинальний зонд)
- 4. При розвитку спонтанного бактеріального асциту-перитоніту** (офлоксацин перорально (без ознак шоку, парезу кишечника, шлунково-кишкової кровотечі, вираженої енцефалопатії) чи цефотаксим парентерально)
- 5. При розвитку гепаторенального синдрому** (гемодіаліз)
- 6. При розвитку печінкової енцефалопатії**

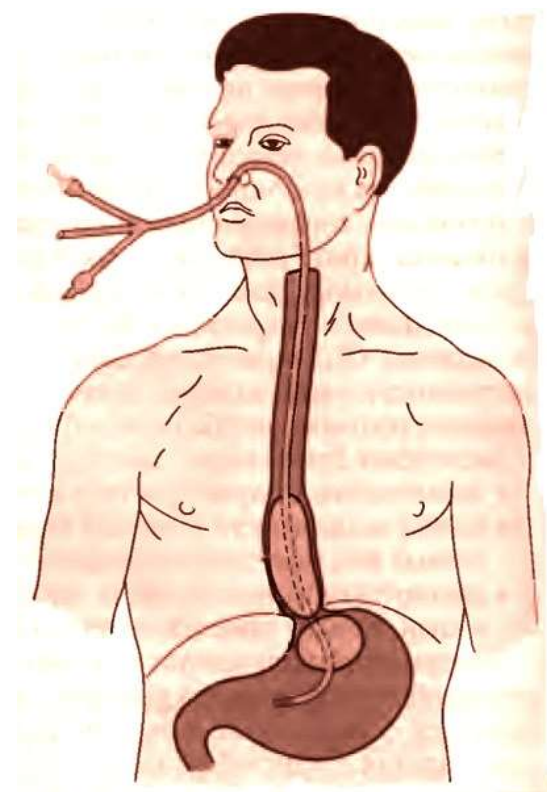
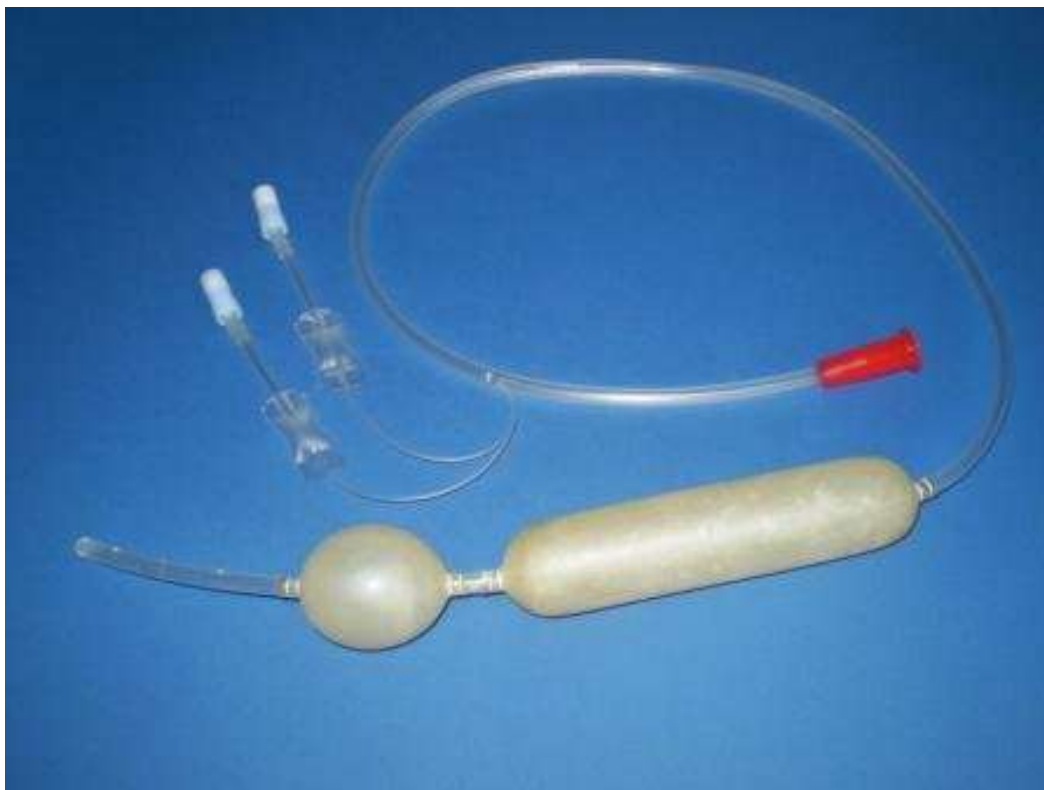
При розвитку печінкової енцефалопатії

1. Зниження концентрації аміаку в крові за рахунок малобілкової дієти.
 2. Пригнічення продукції ендогенних нейротоксинів кишкового походження (застосування антибіотиків — аміноглікозидів або рифаксиміцину).
 3. Уведення в раціональне харчування кетоаналогів амінокислот (в результаті їх метаболізму внутрішньоклітинно зв'язується і знешкоджується 2 молекули аміаку).
 4. Використання препаратів, що зменшують гальмівні процеси в головному мозку (флумазеніл).
 5. Застосування амінокислот із розгалуженим бічним ланцюжком (гепасолнео, аміностерил гепа)
- 

Варикозне розширення вен стравоходу



Зонд Блекмора



Дякую за увагу!

