**Лекція 6**

**Тема: Гепатити. Хвороби печінки , жовчного міхура та товстого кишечника у людей похилого віку.**

**План.**

1. Гострий вірусний гепатит.

2.Хронічний гепатит.

3.Цироз печінки.

4.Хвороби жовчного міхура

5.Коліт

**Зміст лекції.**

1. Гострий вірусний гепатит.

Гострий вірусний гепатит (хвороба Боткіна) серед захворю­вань печінки у пацієнтів похилого віку відзначається відносно рідко, частіше діагностується сироватковий гепатит. Збудником є вірус, а джерелом зараження — хвора людина. Вірус міститься у крові, печінці та інших органах, виділяється з випорожненнями. Зараження відбувається через рот інфікованою їжею, водою, че­рез руки, а також предмети, забруднені виділеннями хворого. При неправильній стерилізації медичного інструментарію зара­ження може настати також під час щеплень, переливання крові, виконання ін’єкцій тощо. Хвороба Боткіна — дуже заразне захво­рювання. Якщо при епідемічному її поширенні частіше хворіють молоді особи, то парентеральні форми уражують всі вікові групи.

При гострому гепатиті тривалість інкубаційного періоду ста­новить 3—4 тиж. для гепатиту А і 3—4 міс. для парентеральних форм. У пацієнтів похилого віку значно подовжуються всі пе­ріоди захворювання. У клінічній картині можна виділити переджовтяничну і жовтяничну стадії. У переджовтяничній стадії температура тіла нормальна або субфебрильна. У пацієнтів від­значаються загальна слабкість, головний біль, відсутність апе­титу, відчуття гіркоти в роті, нудота, закреп або пронос, біль у суглобах, колір сечі стає темно-жовтим, уповільнення пульсу. Можливе збільшення печінки, зрідка селезінки. На 5—7-й день, а іноді і пізніше, розвивається жовтяниця і з’являється свербіж. Температура тіла продовжує залишатися нормальною або ж підвищується до субфебрильних цифр, але загальний стан пацієнтів погіршується: посилюється загальна слабкість, з’являється апатичність або дратівливість, збільшується печін­ка, іноді селезінка, кількість сечі зменшується, колір її стає темно-коричневим, знебарвлюються випорожнення. Жовтя­нична стадія триває 2—6 тиж., іноді довше. Одужання настає приблизно в 43 % випадків згідно з науковими спостереження­ми. В інших випадках захворювання переходить у хронічну форму. Можуть розвинутись ускладнення: печінкова енцефалопатія, холангіт і холецистит, цироз печінки, пневмонія тощо. Найтяжчим із них є печінкова енцефалопатія. Проявляється вона збудженням пацієнта, безсонням, сильним головним бо­лем, підвищенням температури тіла, тахікардією, психічними розладами, різким зменшенням розмірів печінки, інтенсивною жовтяницею і кровоточивістю. З рота пацієнта відчувається не­приємний солодкувато-гнильний (“печінковий”) запах. Незнач­ні порушення свідомості, які були на початку, посилюються. Свідомість стає плутаною, згодом людина непритомніє, такий стан триває довго (кома). При цьому зіниці пацієнта розширені і слабко реагують на світло. Бувають мимовільні дефекація і се­човипускання.

**2.Хронічний гепатит.**

Хронічний гепатит — запальне, дистрофічне захворювання печінки, тривалість якого понад 6 міс., часткова структура пе­чінки при цьому захворюванні збережена. У пацієнтів похилого віку трапляється часто, виникає, як правило, у зрілому або се­редньому віці і може проявлятись активною або персистуючою формою, часто внаслідок переходу гострого гепатиту (хвороба Боткіна) у хронічний, хоча це не завжди вдається чітко встано­вити. Спричиняють розвиток хронічного гепатиту хронічні за­пальні процеси в жовчовивідних шляхах, малярія, туберкульоз, сифіліс, глистні інвазії, недотримання дієти і режиму харчуван­ня, вживання спиртних напоїв, отруєння різними речовинами. Хронічний гепатит може стати причиною розвитку цирозу пе­чінки, ангіохолангіту, дуоденіту, панкреатиту і деяких інших ускладнень. Розрізняють дві форми хронічного гепатиту: пер- систуючу й активну (агресивну). У пацієнтів похилого віку вияв­ляють в основному *персистуючу форму.* Особливостями цієї форми є частий безсимптомний перебіг, стертість клінічних ознак. Пацієнти скаржаться на швидку втомлюваність, загаль­ну слабкість, запаморочення, погіршення апетиту, відрижку, нудоту, здуття і відчуття важкості в животі, тупий біль у ділян­ці печінки, схильність до закрепів або проносів. При підвище­ному навантаженні на печінку (при вживанні спиртних напоїв, надмірної кількості жирної їжі, різних приправ і спецій) значно збільшується вираженість перелічених проблем.

При об’єктивному обстеженні часто виявляють ознаки схуд­нення, субіктеричність склер і шкіри, обкладеність язика. При пальпації визначається болючість у верхньому відділі живота і в ділянці печінки, яка зазвичай помірно збільшена й ущільне­на, але поверхня її гладенька. При тривалому перебігу захво­рювання на шкірі у верхній частині тулуба визначаються зміни дрібних судин у вигляді зірочок або павучків — телеангіектазії (у людей похилого віку частіше, ніж у молодих, виявляються телеангіектазії). Виникає жовтяниця, шкірний свербіж, асцит, набряки. Через зменшення виділення білірубіну в кишки змі­нюється колір калу на світліший. Прогноз для життя за цією формою гепатиту сприятливий. Захворювання має тривалий перебіг з періодичними загостреннями і довгими світлими про­міжками. Одним із частих ускладнень цього захворювання у людей похилого віку є панкреатит.

Для *діагностики* хронічного персистуючого гепатиту, як і інших хвороб печінки, широко використовують біохімічні до­слідження. Вони дають змогу з’ясувати функціональний стан печінки. Зменшується загальна кількість білка в крові внаслі­док зниження синтезу альбумінів і а-глобулінів, утворення р- і у-глобулінів збільшується через подразнення клітин ретикулоендотелію. Змінюються сулемова і тимолова проби. Про пору­шення ліпідного обміну в пацієнтів свідчить підвищення за­гального вмісту ліпідів. При персистуючій формі виявляють збільшення кількості білірубіну в крові, уробілінурію, часто порушується вуглеводний обмін, підвищується активність фер­ментів у сироватці крові (лужної фосфатази, глутамінощавлевооцтової трансамінази тощо), знижується знезаражувальна функція печінки. Ефективним методом діагностики захворю­вань печінки у людей похилого віку є ехотомографія. Її застосу­вання є важливим особливо, коли дані клінічних і біохімічних досліджень не дають змоги встановити причини захворювання.

*Хронічний активний гепатит* у геріатричних пацієнтів пе­ребігає тяжче, ніж у молодих людей, супроводжується значними порушеннями функції печінки і досить часто переходить у цироз печінки. Клінічна картина поліморфна: характерна полісистемність уражень. Загострення нерідко розвивається після порушен­ня дієти, переїдання, зловживання алкоголем. Біль у верхній по­ловині живота може бути настільки інтенсивним, що змушує ду­мати про жовчнокам’яну або виразкову хворобу. Часто спосте­рігаються диспепсичні явища, м’язова слабкість, безсоння, підви­щена дратівливість. Виникають ознаки алергії, бувають кровотечі з носа. При тяжкій формі хронічного гепатиту поступово збіль­шується жовтяниця, печінка помірно збільшена, ущільнена, бо­люча, збільшена селезінка. При загостренні може розвинутися тяжка печінково-клітинна недостатність аж до печінкової коми.

Діагностика не має вікової різниці і базується на даних біохімічних досліджень (підвищення рівня білірубіну, ліпідів, активності ферментів крові — АлАТ, АсАТ, зниження загальної кількості білка, позитивні сулемова і тимолова проби), а також на результатах гістологічного дослідження біоптатів печінки.

**3.Цироз печінки.**

Цироз печінки — це остання стадія різних за етіологією ура­жень печінки, які характеризуються порушеннями структури органа через розвиток фіброзу і паренхіматозних вузлів, утво­ренням внутрішньо- і позапечінкових портокавальних шунтів з розвитком портальної гіпертензії, ознаками прогресуючої пе­чінкової недостатності. Пацієнти похилого віку становлять 20—25 % від загальної кількості хворих із цирозом печінки. Найчастіше виникає у віці 50—70 років, хворіють переважно чоловіки. Майже в 50 % випадків — це результат хвороби Бот- кіна. З інших причин найбільше значення мають алкоголізм, недостатнє і неправильне харчування, інфекційні хвороби (ма­лярія, бруцельоз тощо), токсичне ураження печінки.

Класифікація цирозу печінки

*Морфологічна класифікація.* Морфологічні зміни при цирозі печінки включають некроз і дистрофію гепатоцитів, вузликову регенерацію гепатоцитів, фіброз, перебудову структури органа, деформацію органа.

Морфологічно виділяють 3 форми цирозу: дрібновузловий (мікронодулярний), великовузловий (макронодулярний), змі­шаний.

За результатами морфологічних досліджень розрізняють ак­тивний і неактивний цироз.

Існує також етіологічна класифікація, що набула найбіль­шого визнання, адже жодна із прийнятих класифікацій повніс­тю не задовольняє клініцистів, морфологів.

Етіологія цирозу печінки:

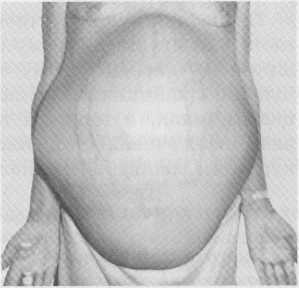
1. вірусний (НВУ, НСУ, НБУ);
2. алкогольний;
3. первинний біліарний цироз;
4. вторинний біліарний цироз;
5. цироз печінки внаслідок порушення венозного відтоку (синдром Бадда—Кіарі, венооклюзійна хвороба, констриктив- ний перикардит);
6. метаболічний (гемохроматоз, хвороба Вільсона тощо);
7. цироз печінки внаслідок шунтових операцій на кишках;
8. цироз печінки внаслідок паразитарних захворювань (шистосомоз);
9. токсичний (вплив хімічних токсичних речовин);
10. аліментарний (дефіцит білків — квашіоркор, афлатоксин);
11. дитячий “індійський” цироз;
12. криптогенний.

У геріатричних пацієнтів частіше виявляють мікронодуляр­ний і вторинний біліарний цироз, рідше — первинний біліар­ний і макронодулярний. У похилому віці з’ясувати причину цирозу важко, оскільки в його розвитку беруть участь декілька чинників: холангіт, білково-вітамінна недостатність, порушен­ня кровообігу, алкоголізм.

У ранній період хвороби в пацієнтів відзначаються:

* загальна слабкість, швидка втомлюваність, поганий сон;
* погіршення апетиту, нудота, блювання, відчуття важкості у правій підребровій ділянці;
* часті закрепи, які змінюються проносами, метеоризм;
* періодичне підвищення температури тіла;
* поступове схуднення;
* субіктеричність склер;
* сухість шкіри, зморшкуватість, шкіра набуває сірувато- жовтого кольору, до цих явищ приєднується свербіж.

При огляді можна виявити на обличчі, щоках, руках, у ді­лянці плечового пояса та інших ділянках судинні “зірочки” —це маленькі ангіоми з віночком розширених судин. Спостеріга­ється почервоніння шкіри до­лонь. Ця характерна для цирозу печінки ознака в осіб старечого віку може з’являтись і без ура­ження печінки. Розміри печінки різні і залежать від стадії захво­рювання, нижній край її загост­рений і ущільнений, поверхня може бути не рівною. Селезінка, як правило, збільшена, щільна.



Мал.Асцит

Пацієнт продовжує втрачати ма­су тіла, і розвивається другий так званий асцитичний період хвороби, коли в черевній порож­нині з’являється вільна рідина

У цей період бувають кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу. Розвивається анемія. Цироз печінки в осіб старечо­го віку прогресує повільно. Смерть частіше настає від печінко­вої недостатності, виснаження, кровотечі з варикозно-розшире­них вен стравоходу.

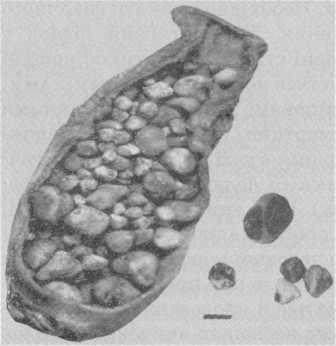
*Профілактика* хронічного гепатиту і цирозу печінки поля­гає в запобіганні гострому гепатиту і його лікуванні, зокрема вірусного, диспансерному спостереженню, профілактиці і лі­куванні хронічних інтоксикацій та інфекцій (туберкульоз, бру­цельоз, малярія тощо), а також хронічних запальних захво­рювань жовчовивідних шляхів і травного каналу, боротьбі з курінням, вживанням алкоголю, раціональному харчуванні.

**4.Хвороби жовчного міхура**

Частота цих захворювань з віком збільшується, вони вини­кають переважно у віці 50—70 років, хворіють переважно жін­ки, але у віці понад 70 років чоловіки і жінки хворіють однако­во часто.

Розрізняють гострий і хронічний холецистит. Унаслідок тіс­ного анатомічного і фізіологічного взаємозв’язку між жовчним міхуром і жовчними протоками ізольований холецистит трап­ляється рідко. Як правило, він поєднується із запаленням жовчних проток — холангітом (синонім — ангіохоліт). При­близно у 90 % випадків основною причиною гострого холецис­титу в пацієнтів похилого віку є жовчнокам’яна хвороба.

Прояви жовчнокам’яної хвороби і холециститу подібні, за винятком інтенсивності больових нападів, які при жовчнокам’яній хворобі більш виражені. Відрізняються ці захворю­вання головним чином тим, що при жовчнокам’яній хворобі до



основного інфекційного ком­понента приєднується меха­нічний чинник, який часто буває причиною серйозних ускладнень.

Для гострого холециститу характерні сильний біль у правому підребер’ї, який ір­радіює в праве плече, шию і під праву лопатку. Цей біль ідентичний печінковій коль­ці при жовчнокам’яній хво­робі У пацієнтів із гострим хо­лециститом спостерігаються більш стійке підвищення температури тіла, лейкоцитоз Із зсувом лейкоцитарної формули вліво, тахікардія. При обох захворюваннях біль супроводжується нудотою і блюванням.

Частий загруднинний біль і біль у ділянці серця, порушення сер­цевого ритму, задишка. Якщо після нападу печінкової кольки з’являється жовтяничне забарвлення шкіри і склер, а випорож­нення стають знебарвленими і виділяється сеча темно-коричневого кольору, це може свідчити про закупорення загальної жовчної протоки каменем.

У таких випадках виникає застій жовчі, який призводить до ниникнення висхідної інфекції в поза- і внутрішньопечінкових жовчовивідних шляхах, тобто до розвитку холангіту. При цьо­му в печінці можуть формуватися множинні абсцеси, унаслідок чого спостерігається підвищення температури тіла до 39—40 °С із сильним ознобом і значним потовиділенням.

Потрібно мати на увазі, що жовчнокам’яна хвороба і холе­цистит у похилому і старечому віці часто перебігають атипово, не супроводжуються нападами печінкової кольки, які харак­терні для молодшого віку.

Пацієнти похилого віку частіше скаржаться на відчуття тис- ку або незначний біль у ділянці правого підребер’я, низький апетит, відчуття гіркоти в роті, нудоту і блювання, здуття жи­вота. Відсутність нападів печінкової кольки в цих випадках, мабуть, пов’язаний зі старечою атонією жовчного міхура.

Хронічний холецистит може проявлятися болем різної інтен- сивності, що виникає в ділянці правого підребер’я через погріш­ності у дієті, фізичне навантаження або інтеркурентну інфекцію. .V період між нападами, який може тривати місяці і роки, спос­терігаються загалом диспепсичні розлади, що проявляються печі­єю, нудотою, здуттям живота, закрепами, субіктеричністю склер і субфебрильною температурою тіла, непереносимістю жирної їжі.

*Профілактика* хронічного холециститу полягає в раціональ­ному харчуванні, заняттях фізкультурою, запобіганні кишково­му дисбактеріозу та його лікуванні, усуненні розладів травлен­ня, глистних інвазій, невротичних та обмінних розладів, вог­нищ інфекцій. Профілактика жовчнокам’яної хвороби перед­бачає запобігання ожирінню, гіподинамії, нормалізацію функції кишок, раціональне харчування.

**5. Коліт**.

Захворювання різної етіології, які уражують товсту кишку по всій довжині або окремі її ділянки, називають колітами. Розрізняють гострий і хронічний коліт. Гострий коліт вивчають на інфекційних хворобах.

*Хронічний коліт* — одне з найпоширеніших захворювань у пацієнтів похилого віку. Хронічні коліти бувають різної етіоло­гії: інфекційні збудники, погрішності в харчуванні, ендогенні й екзогенні інтоксикації, а також як супутнє захворювання при інших захворюваннях органів травлення.

Вікові зміни структури і функцій товстої кишки і всього травного каналу сприяють розвитку хронічного коліту. Захво­рювання, як правило, починається в молодому або середньому віці. Після 60 років перші його симптоми відзначаються при­близно в 5 % випадків. Найчастіше з’являються такі ознаки, як закрепи, що іноді чергуються з проносами, рідше — тільки одні проноси, здуття живота і нерізкий біль у нижньому відділі жи­вота, синдром неповного випорожнення, коли після виділення невеликої кількості калу, часто зі слизом, у пацієнта залишаєть­ся відчуття неповного випорожнення прямої кишки. Позиви до дефекації виникають зазвичай після сніданку або через корот­кий інтервал. При дослідженні товстої кишки пальпуються атонічні і спастичні ділянки. Закрепи, метеоризм і несильний біль у нижній частині живота можуть бути і при чисто вікових змінах органів травлення, але діагноз “старечий” закреп можна встановити тільки після виключення органічних змін кишок і прилеглих органів. Для виключення зазначених змін необхідні ретельне рентгенологічне, ендоскопічне дослідження і ректоро- маноскопія органів травлення. Хронічний коліт в осіб похилого віку часто поєднується зі зниженням секреторної функції шлун­ка, порушеннями функції печінки і підшлункової залози.

І

*Профілактика* хронічного коліту полягає у своєчасному лі­куванні кишкових інфекцій, усуненні впливу шкідливих про­фесійних чинників, здоровому способі життя, раціональному харчуванні з виключенням алкоголю, гострих страв, адекват­ному лікуванні захворювань печінки, шлунка. Такі пацієнти підлягають диспансерному спостереженню, огляду не рідше 1—2 разів на рік.

*Виразковий неспецифічний коліт* в осіб віком понад 60 ро­ків діагностують порівняно рідко. Причинами його розвитку можуть бути інфекції, психічні травми, подразнення органів травлення деякими лікарськими препаратами (наприклад, 5-фтор- урацилом при лікуванні раку) тощо. Для захворювання харак­терні часті загострення, які супроводжуються підвищенням температури тіла, проносом і болем у животі. Проноси можуть призвести до зневоднення організму і порушення обміну елект­ролітів. У калі містяться домішки слизу, крові, іноді гною. За­хворювання може ускладнюватись кровотечею з виразки або перфорацією стінки кишки. У старих людей на тлі виразкового неспецифічного коліту іноді розвивається рак товстої кишки.