Министерство образования и науки Российской Федерации

Томский государственный университет

РЕФЕРАТ

на тему:

Место лечебной физкультуры при заболевании аутоимунным гепатитом

Выполнила студентка

В.Н. Кудрявцева

Томск 2012

## Содержание:

1. Понятие заболевания, его диагностика
2. Диагностика заболевания
3. Лечение заболевания
4. Физические упражнения

Список литературы

1. Понятие заболевания, его диагностика

Аутоиммунный гепатит является заболеванием печени, которое возникает, когда иммунная система организма атакует клетки печени. **Аутоиммунный гепатит** – воспаление печени аутоиммунной природы, то есть, связанное с таким нарушением иммунитета, при котором возникает иммунная агрессия на собственные ткани печени.

**Это -** хронический воспалительный процесс в печени неизвестной природы, характеризующийся перипортальным или более обширным воспалением, наличием тканевых аутоантител. Заболевание преимущественно встречается у женщин молодого возраста. Женщины болеют в 8 раз чаще мужчин.

Причины развития

Точная причина заболевания не установлена. Аутоиммунный гепатит связан с рядом антигенов, участвующих в процессах иммунорегуляции, так называемого главного комплекса гистосовместимости (МНС; HLA у человека). Имунный сбой при аутоиммунном гепатите, приводящий к поражению ткани печени, а иногда и других органов и систем (щитовидной железы, кишечника, поджелудочной железы и др.) может реализоваться и посредством дополнительных инициирующих условий [[1]](#footnote-1).

Так, могут играть дополнительные факторы, провоцирующих начало аутоиммунного процесса, среди которых отмечены вирусы гепатита А, В, С, герпеса (HHV-6 и HSV-1), Эпштейна-Барра, реактивные метаболиты лекарственных препаратов и др.

Сущность процесса сводится к дефициту иммунорегуляции. В крови и тканях появляются антиядерные антитела к гладким мышцам, к специфическому липопротеиду[[2]](#footnote-2) печени.

### Проявление аутоимунного гепатита

До сих пор отсутствует единая точка зрения на этиологию аутоиммунного гепатита. Многие исследователи склоняются к версии наследственного дефекта иммунной системы. Иногда аутоиммунный гепатит развивается вслед за перенесенным вирусным гепатитом А. Чаще болеют молодые женщины и девушки.

Первые симптомы появляются, в основном, в возрасте от 20 до 30 лет у более 50% больных, второй пик приходится на постменопаузальный[[3]](#footnote-3) период у женщин. В 30% случаев заболевание начинается внезапно и клиническая картина неотличима от острого гепатита, который не разрешается даже спустя несколько месяцев от начала патологического процесса. У части больных заболевание возникает незаметно, появляется тяжесть в правом подреберье, недомогание, первыми симптомами могут быть внепеченочные системные проявления.

**Аутоиммунный гепатит** может начинаться остро, а может несколько лет протекать скрыто, проявляясь приступами неясной лихорадки, повышенной утомляемостью, болями в мышцах, суставах, маскируясь под иные аутоиммунные поражения (ревматоидный полиартрит, системную красную волчанку, др.) [[4]](#footnote-4).

Долго относительно хорошо переносится пациентом и порой может диагностироваться уже на этапе цирроза печени. Тогда появляются желтушность склер и кожи, обесцвечивание кала, потемнение мочи. На коже появляются сосудистые звездочки, расчесы, могут возникать эритемы (красные пятна), очаги склеродермии. Когда развивается портальная гипертензия, может возникнуть асцит (выпот жидкости в брюшную полость).

В отличие от других видов гепатитов, для аутоиммунного гепатита характерно непрерывно прогрессирующее течение, без самопроизвольных ремиссий. Улучшения самочувствия бывают кратковременными, нормализации биохимических процессов не происходит.

Аутоиммунный гепатит характеризуется сочетанием поражения печени и признаков иммунных расстройств. В большинстве случаев наблюдается желтуха, увеличение печени и селезенки. У 30% женщин наблюдается нарушение менструального цикла вплоть до прекращения месячных.

Более чем у 25% больных встречаются боли в суставах, кожные высыпания, выявляются заболевание-спутник - неспецифический язвенный колит, поражение почек - гломерулонефрит, поражение сердца (перикардит, миокардит), щитовидной железы - тиреоидит, трофические язвы на конечностях др.

Для **аутоиммунного гепатита** характерно непрерывное неуклонно прогрессирующее течение (быстрое или медленное), сочетание с другими аутоиммунными заболеваниями (щитовидной железы, кишечника, почек.

Часто АГ сопровождается бесплодием, однако при возникновении беременности и последующих родах на фоне компенсированного процесса это не влияет на течение АГ и судьбу ребенка даже при постоянном приеме преднизолона.

1. Диагностика заболевания

**Аутоиммунный гепатит** опасен развитием портальной гипертензии, цирроза печени, печеночной недостаточности и может привести к летальному исходу. Именно поэтому, правильный диагноз возможен при специализированном исследовании крови на выявление аутоантител, характерных для данного заболевания [[5]](#footnote-5).

Физикальные методы обследования:

1. опрос: отсутствие переливания крови в анамнезе, употребления алкоголя в гепатотоксических[[6]](#footnote-6) дозах, употребления гепатотоксичных препаратов;
2. осмотр – иктеричность[[7]](#footnote-7) склер и слизистых, склонность к образованию синяков, геморрагические и угревые высыпания на коже, кровоточивость десен. Последние признаки характерны для АИГ с выраженной активностью.

Лабораторные исследования: общий анализ крови; общий белок крови; белковые фракции крови; билирубин и его фракции в сыворотке крови; активность АлАТ[[8]](#footnote-8) в сыворотке крови (выше нормы); активность АлАТ в сыворотке крови (выше нормы в 2 и более раз); активность ЩФ (щелочной фосфатазы) в сыворотке крови (повышение уровня); протромбиновый индекс [[9]](#footnote-9) (ниже нормы); сывороточные маркеры вирусных гепатитов (серологические маркеры, выявление фрагментов вирусного генома); антитела против антигенов ВИЧ (отсутствие маркеров ВИЧ); α1-антитрипсин сыворотки крови (в пределах нормальных значений); α-фетопротеин (в пределах нормальных значений); антинуклеарные, антигладкомышечные антитела (повышение титра антител свыше 1:40, антимитохондриальные антитела - в нормальном диагностическом титре, в случае повышения титра следует думать о наличии синдрома перекреста с ПБЦ); уровень железа и трансферрин сыворотки крови (в пределах нормальных значений); Сu в сыворотке крови и моче (в пределах нормальных значений); церулоплазмин в сыворотке крови (в пределах нормальных значений); креатинин, мочевина крови (в пределах нормальных значений); обследование на вирус дельта (проводится у всех больных, инфицированных вирусом гепатита В).

Необходимо проводить инструментальные методы диагностики:

1. биопсия печени с последующим гистологическим исследованием (выраженная инфильтрация в портальной и перипортальной зоне и вовлечение в процесс паренхиматозных клеток в перипортальной зоне);
2. УЗИ органов брюшной полости (увеличение размеров печени и селезенки, повышение их акустической плотности, усиление сосудистого рисунка);
3. сцинтиграфия [[10]](#footnote-10)печени (по показаниям);
4. ФГДС (для выявления признаков портальной гипертензии);
5. КТ, МРТ (для исключения злокачественных новообразований печени).

Консультации специалистов:

1. гематолог (для исключения системного заболевания крови);
2. пульмонолог (при наличии системных проявлений АИГ со стороны бронхолегочной системы);
3. эндокринолог (при наличии системных со стороны эндокринной системы (аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет, дисменорея);
4. окулист (для уточнения характера поражения органов зрения);
5. нефролог (при наличии системных проявлений АИГ со стороны почек (гломерулонефрит, интерстициальный нефрит);
6. гинеколог (при нарушении репродуктивной функции у женщин, нарушениях менструального цикла).

### Лечение аутоимунного гепатита

При **аутоиммунном гепатите** назначают гормонотерапию, которую приходится принимать годами, со всеми вытекающими из этого последствиями. Осложнениями длительной гормонотерапии могут стать подавление иммунной системы и, как следствие, резкое снижение сопротивляемости к инфекциям, развитие сахарного диабета, синдрома Кушинга, артериальной гипертензии, формирование язв желудка и двенадцатиперстной кишки, возникновение ожирения, нарушений сна, эмоциональной неустойчивости, катаракты, остеопороза.

Методы экстракорпоральной гемокоррекции позволяют существенно быстрее достичь ремиссии аутоиммунного гепатита и максимально продлить её (клинически и по лабораторным показателям) при минимальном использовании гормонов.

В качестве патогенетической терапии чаще применяют глюкокортикостероиды[[11]](#footnote-11), которые снижают активность воспалительного процесса в печени, интенсивность аутоиммунных реакций, направленных против гепатоцитов[[12]](#footnote-12).

Препаратами выбора служат препараты «Преднизолон» или «Метилпреднизолон». Лечение поддерживающими дозами проводится длительно - от 6 мес.до 2 лет, у ряда больных - в течение всей жизни.

Как правило, начальная доза Преднизалона составляет 20-30 мг/сутки с последующим постепенным снижением ее до поддерживающей — обычно 10 мг/сутки. Из всех схем лечения предпочтителен ежедневный прием однократно утром. Осложнения терапии наблюдаются при дозе более 10 мг/сутки. Нет точных рекомендаций по отмене или снижению дозы иммуносупрессоров, некоторые больные могут долго оставаться в ремиссии после отмены Преднизалона.

Перспективным представляется использование кортикостероида нового поколения будесонида, обладающего высокой аффинностью к рецепторам и минимальными местными побочными эффектами («Буденофальк»).

В случаях недостаточной эффективности преднизолона или при развитии тяжелых побочных эффектов при его назначении, обоснованным является подключение к терапии препарата «Азатиоприна».

Неэффективность первичного курса **лечения аутоиммунного гепатита** в течение 4 лет, множественные рецидивы, выраженные побочные эффекты стероидной и цитостатической терапии - являются показаниями к трансплантации печени. Как правило, прогноз трансплантации благоприятный, 5-летняя выживаемость превышает 90%.

У 13% взрослых больных с признаками АГ не обнаруживаются аутоантитела, а все остальные признаки — иммунологические, биохимические и гистологические, а также возраст и пол соответствуют критериям постановки диагноза АГ. Что важно, эти больные также хорошо реагируют на лечение стероидами. Отмечено, что с течением времени при динамическом наблюдении у некоторых из них появляются соответствующие аутоантитела, характерные для АГ.

### Побочные эффекты при назначении иммунодепрессантов редкие, это в основном диспепсический синдром, сыпи, кушингоидизм, нарушение роста и развития у детей, сахарный диабет и остеопороз у женщин в менопаузе.

1. Физические упражнения

Подбор средств ЛФК определяется формой гепатита.

При заболевании аутоимунным гепатитом рекомендовано не подвергаться физическим нагрузкам. Однако, здесь возможен подбор средств ЛФК[[13]](#footnote-13).

Лечебное действие ЛФК основано на влиянии на центральные и периферические механизмы нервной регуляции функций печени, в частности ее сократительной способности, что нормализует тонус поверхности печени. Под влиянием средств ЛФК происходит улучшение кровообращения и кровоснабжения органов брюшной полости, что ведет к ликвидации воспалительных изменений в области печени.

Кроме того, при возникновении проблем с желчевыводящими путями, возможно создание условий для обеспечения оттока желчи из желчного пузыря, за счет придания больному дренажных процедур в сочетании со специальными упражнениями. Увеличивается внутрибрюшное давление, происходит улучшение функции внутренних органов (нормализация моторной функции).

ЛФК и массаж также оказывают стимулирующее действие на нарушенные обменные процессы, нормализующее действие на функцию основных систем, повышают неспецифическую сопротивляемость организма.

Для оказания лечебного эффекта аутоимунном гепатите используют следующие упражнения:

1. Дыхательные - оказывается воздействие на внутрибрюшное давление при движениях диафрагмы, что способствует улучшению кровоснабжения и усилению кровотока в желчевыводящей системе;
2. Для мышц брюшного пресса - создаются условия для формирования взаиморасположений в брюшной полости, изменяется внутрибрюшное давление, происходят уменьшение и ликвидация воспалительных явлений в билиарной системе за счет влияния на кровоснабжение печени; желчного пузыря и протоков;
3. Дренажные - в и.п. на левом боку и стоя на четвереньках; отток желчи облегчается действием силы тяжести из-за анатомо-топографических взаимоотношений желчного пузыря, общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки.

При применении ЛФК решаются следующие задачи:

1. ликвидация болевого синдрома;
2. улучшение нервной регуляции моторной функции печени;
3. уменьшение воспалительных явлений.

В период обострения в методике ЛФК предусматривается сочетание дыхательных упражнений с акцентом на диафрагмальное дыхание, проводимых в медленном темпе; упражнений в расслаблении; ОРУ с небольшим количеством повторений из и.п. лежа и сидя.

Вид занятий ЛФК - индивидуальные

Нагрузка - ниже средней интенсивности (частота сердечных ударов - до 120 ударов в мин.).

Длительность - до 10-15 мин.

Для решения общих задач ЛФК применяются:

1. Упражнения в среднем темпе, прикладные виды упражнений: различные варианты ходьбы - на носках, пятках, с высоким подниманием бедер; легкий бег; прыжки; лазание и ползание; метание.

2. Игры малой подвижности (на внимание и координацию движений) исключаются в период стихания обострения. В период ремиссии применяются игры средней подвижности с включением дренажных положений, работой мышц брюшного пресса.

Используются разнообразные и.п. - лежа на спине, на боку, сидя, стоя.

Формы ЛФК зависят от этапа лечения. На стационарном и санаторном этапах ЛФК проводится в форме УГ, специальных занятий, индивидуальных назначений для самостоятельного выполнения; элементы ЛФК включаются в режим дня.

Специальные упражнения:

1. Лежа на спине. Поднять правую руку вверх и одновременно согнуть левую ногу, скользя стопой по поверхности, - вдох, вернуться в и.п. - выдох.

2. Руки на поясе. Приподнять голову и плечи, посмотреть на носки - вдох, вернуться в и.п. - выдох.

3. Левую руку положить на грудь, правую - на живот. Дыхание диафрагмальное. При вдохе правая рука поднимается, следуя за движением передней стенки живота, при выдохе - опускается.

4. Лежа на левом боку. Левая рука выпрямлена вверх, левая нога полусогнута в коленном и тазобедренном суставах. Поднять правую руку вверх - вдох, согнуть правую ногу и прижать правой рукой колено к грудной клетке - выдох.

5. Лежа на левом боку. Отвести выпрямленную правую руку вверх и назад - вдох, вернуться в и.п. - выдох.

6. Лежа на левом боку. Поднять правую руку и правую ногу - вдох, согнуть правую ногу в колене, подтянуть колено к животу, согнуть правую руку, наклонить голову вперед - выдох.

7. Лежа на левом боку. Отвести обе ноги назад - вдох, согнуть обе ноги, подтягивая колени к грудной клетке, - выдох.

8. Стоя на четвереньках. Поднимая голову, между руками передвигать скользящим движением правую ногу вперед, - выдох. Вернуться в и.п., то же выполнить с другой ногой.

9. Стоя на четвереньках. Поднять левую прямую руку в сторону вверх - вдох, вернуться в и.п. - выдох.

10. Стоя на червереньках. Поднять голову - вдох, не отрывая рук, сесть на пятки, живот прижать к коленям - выдох. Вернуться в исходное положение.

11. Стоя на четвереньках. Поднять голову, прогнуться в поясничной области - вдох, наклонить голову, выгнуть спину дугой - выдох.

Специальные занятия:

Основная - длительность 10-18 мин. Темп выполнения – средний.

В заключении - 3-5 мин, темп выполнения – медленный.

Упражнения:

1. Упражнения прикладного характера (ходьба с постепенным замедлением).

2. Упражнения в расслаблении.

3. Дыхательные статические упражнения.

Комплекс ЛФК в период ремиссии.

Вводная часть:

1. Ходьба по кругу - 30 сек.

2. Ходьба на носках - 30 сек.

3. Ходьба на пятках - 30 сек.

4. Легкий бег по кругу - 30 сек.

Основная часть:

1. И.п.[[14]](#footnote-14): стоя. Наклоны вперед - 5-7 раз.

2. И.п.: стоя. Вращение корпусом по и против часовой стрелки - 5-7 раз.

3. И.п.: сидя. Наклоны назад - достать пятку попеременно левой и правой рукой - 4-6 раз.

4. И.п.: лежа на спине. «Велосипед» - 10 сек.

5. И.п.: лежа на правом и левом боку. Подъем прямой ноги вверх - 4-6 раз.

6. И.п.: лежа на спине. «Ножницы» поперечные и продольные - 4-6 раз.

7. И.п.: коленно-кистевое. Попеременный подъем ног - 6-8 раз.

8. «Гусиный шаг» - ходьба на четвереньках - 3-5 м.

9. И.п.: стоя. Скрещивание прямых рук - 6-8 раз.

10. И.п:. стоя. «Мельница» - вращение прямыми руками в плечевых суставах - 20 сек.

Заключительная часть:

1. Легкий бег - 60 сек.

2. Ходьба на носках - 30 сек.

3. Ходьба обычная - 40 сек.

4. Дыхательные упражнения.

При аутоимунном гепатите решения специальных задач являются:

* статические и динамические дыхательные упражнения, проводимые в медленном темпе;
* упражнения в и.п. на правом боку, выполняются с целью улучшения кровоснабжения в печени и желчном пузыре;
* упражнения в расслаблении;
* упражнения для мышц брюшного пресса в период неполной ремиссии, проводятся без значительного повышения внутри-брюшного давления в сочетании с расслаблением этих мышц. Необходимо избегать длительных статических нагрузок, особенно для мышц брюшного пресса.

Для решения общих задач применяют:

1. прикладные виды упражнений (ходьба, лазание, метание). Прыжки и бег включаются только при полном отсутствии болевого синдрома и при достаточной физической подготовленности детей;
2. используют игры малой подвижности, с исключением соревновательных элементов.

При этом нужно осторожно начинать делать упражнения, постепенно увеличивая их нагрузку и длительность. Начать можно с 5-минутных занятий, каждый день увеличивая продолжительность на несколько минут. Главное - не переутомляться.

Для здоровья печени и ее нормальной физиологической деятельности очень важно движение. Физическая активность - одно из самых эффективных средств в предупреждении и лечении болезней печени. Поэтому наряду с теми рекомендациями, которые были даны, необходимо как можно скорее перейти к подвижному образу жизни. При этом надо осознать всеисцеляющую силу движения и поверить в успех. Без положительного настроя и твердой веры занятия вряд ли пойдут на пользу.

Список литературы

1. Борзяк Э.И., Бочаров В.Я., Волкова Л.И.;/Под ред. М.Р. Сапина. Анатомия человека. В 2-х томах. Т. 2. - М.: Медицина, 1986.
2. Гугушвили Г.Г. Ретроградное кровообращение печени и портальная гипертензия. - М.: Медицина, 1972.
3. Ильина Е.Н., Говорун В.М., Иваников И.О., Сюткин В.Е., Петухова С.В. Хронические вирусные заболевания печени (методическое пособие для врачей). - М.,: Медицина. 2001.
4. Михайлов Г.А. Печеночные вены. //Архив анатомии гистологии и эмбриологии. 1966 Т. 50 № 2 стр. 27-33.
5. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. - М.: Медицина. 1972.
6. Пономарев А.А. Аневризма печеночной артерии. // Хирургия. 2006. № 3 –С.70.
7. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. В 4-х томах. - М.: Медицина, 1963.
8. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич. Рук.: Пер. с англ./ Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. - М.: Гэотар Медицина, 1999.
9. Шипов О.Ю. Допплерографические показатели печеночной гемодинамики при циррозе и множественном метатстатическом поражении печени. - М.: Мораг-Экспо. 2000.

1. Борзяк Э.И., Бочаров В.Я., Волкова Л.И.;/Под ред. М.Р. Сапина. Анатомия человека. В 2-х томах. Т. 2. - М.: Медицина, 1986. [↑](#footnote-ref-1)
2. Сложный белок печени [↑](#footnote-ref-2)
3. Климакс (окончание менструальных циклов). Длится менопауза 12 месяцев. Возраст менопаузы в среднем 49-51 год. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ильина Е.Н., Говорун В.М., Иваников И.О., Сюткин В.Е., Петухова С.В. Хронические вирусные заболевания печени (методическое пособие для врачей). - М.,: Медицина. 2001. [↑](#footnote-ref-4)
5. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. В 4-х томах. - М.:Медицина, 1963. [↑](#footnote-ref-5)
6. Гепатотоксичность (токсичность для [печени](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D1%8C)) — свойство [химических](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%8F) веществ, действуя на организм немеханическим путем, вызывать структурно-функциональные нарушения печени. [↑](#footnote-ref-6)
7. Икреричность, иначе – желтушность –пигментация слизистых оболочек и кожи. [↑](#footnote-ref-7)
8. АЛТ – алатиновая трансаминаза. [↑](#footnote-ref-8)
9. Протромбиновый индекс - один из показателей, характеризующих свертывающую систему крови. [↑](#footnote-ref-9)
10. Тест, при котором врачи исследуют двухмерную картину внутренних органов. [↑](#footnote-ref-10)
11. Общее название подкласса [гормонов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%BE%D0%BD) коры [надпочечников](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B8), обладающих более сильным действием на [углеводный](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%B3%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%8B), чем на водно-солевой обмен, и их синтетических аналогов. Функция: регуляция минерального, углеводного и белкового баланса. [↑](#footnote-ref-11)
12. Клетки, инициирующие процесс [желчеобразования](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%87%D1%8C). [↑](#footnote-ref-12)
13. ЛФК – лечебно-физкультурный комплекс [↑](#footnote-ref-13)
14. И.П. – исходное положение [↑](#footnote-ref-14)