

Кафедра Терапии ИПО

Тема: Острая печеночная
недостаточность.

Лекция № 140 для ординаторов, обучающихся
по специальности 040122 Терапия

К.м.н., проф. Грищенко .Е.Г.

Красноярск, 2012

План лекции:

- Актуальность
- Клиника, основные синдромы, стадии печеночной комы, осложнения и исходы, диагностика
- Лечение острой печеночной недостаточности, в том числе этиопатогенетическое лечение отдельных видов ЦП
- Тактика врача при кровотечении из ВРВП; лечение гепаторенального синдрома и спонтанного перитонита

- Актуальность
- Цели и задачи: на основе знаний этиологии, патогенеза, клиники острой дистрофии печени и печеночной комы уметь осуществлять своевременную диагностику и лечение острой печеночной недостаточности

Кома печеночная (дистрофия печени острая)

- Коматозное состояние, связанное с глубоким угнетением функции печени в результате тяжелых дистрофических и некротических изменений паренхимы печени (печеночно-клеточная недостаточность)

Цирроз печени -

хроническое прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся деструкцией паренхимы и стромы (гибель долек), выраженным фиброзом, узелковой регенерацией гепатоцитов (ложные дольки) и шунтами между портальной системой и системой печеночных вен, проявляющееся *печеночно-клеточной недостаточностью и портальной гипертензией*

Этиологические факторы

Частые:

- Алкоголь – 40 – 80%
- Вирусы В, С и Д – 30 – 40%

Не частые:

- Аутоиммунный гепатит
- Болезни желчных путей (ПБЦ, ПСХ)

Редкие:

- Гемохроматоз
- Болезнь Вильсона-Коновалова
- α – антитрипсиновая недостаточность
- Действие токсических и медикаментозных средств
- Венозный застой (правожелудочковая СН, синдром Бадда-Киари)
- Не полноценное питание?
- Сифилис, туберкулез, малярия?
- Вторичный билиарный цирроз

Неизвестной этиологии – 20%

Патогенез

Некроз гепатоцитов

Регенерация сохранившейся паренхимы (псевдольки) и образование соединительно-тканых септ

Воспалительная реакция из-за воздействия продуктов клеточного распада, прямого действия этиофакторов, иммунных процессов

Порочный круг

- некроз
 - воспаление
 - нефиброгенез гепатоцитов
 - некроз

нарушение кровоснабжения

Формирование цирроза печени происходит в течение многих лет. За этот период меняется генный аппарат гепатоцитов, создаются патологически измененные клетки. Этот процесс характеризуется как иммуновоспалительный.

Клиника

Печеночно-клеточная недостаточность

- Слабость – 90%
- Диспептические расстройства (вздутие, тошнота, рвота, плохая переносимость жирной пищи, алкоголя, диарея) – 40 - 60%
- Боли, тяжесть в правом подреберье – 40 – 60%
- Импотенция – 30 – 40%; нарушения менструального цикла – 10%
- Кожный зуд – 20 – 40%
- Боли в суставах – 10 – 20%
- Скудный волосяной покров – 40 – 50%
- Геморрагический синдром – 20 – 30%
- Похудание – 20 – 30%
- Гинекомастия – 10 – 15%
- Гипертермия – 40 – 50%
- Контрактура Дюпюитрена – 20 – 30%
- Желтуха – 40 – 60%
- Гепатомегалия – до 93%
- Печеночная энцефалопатия 50 – 60%
- Печеночная кома – 40 – 60%

} — алкоголь

Клиника портальной гипертензии

Портальная гипертензия

- Спленомегалия – 70%
- Пальмарная, плантарная эритема – 50%
- Сосудистые звездочки (ожерелье) – 30 – 40%
- Асцит – 30 – 50%
- Отеки нижних конечностей – 20 – 30%
- Внешние венозные коллатерали – 40 – 60%
- Варикозное расширение вен пищевода и других – 50 – 70%
- Гиперспленизм (тромбо-, лейко-, эритропении) – 20 – 30%

Диагностика

- Анамнез
- Оценка объективных данных
- Биохимические параметры:
 - а). Биллирубинферментная диссоциация, гиперазотемия
 - б). Снижение уровня печеночно-специфических ферментов, факторов свертывания крови
 - в). Энцефалопатия, изменения на ЭЭГ, хлопающий тремор

Диагностика синдрома ПГ

- УЗИ – размеры воротной вены более 1,4 см в диаметре, селезеночной вены более 0,8 см, селезенка по длиннику более 125 мм, асцит;
- Доплеровское исследование портального и печеночного кровотока
- Эндоскопия пищевода и желудка, при противопоказаниях – рентгеноскопия пищевода (волнистость контуров нижней трети) – ВРВП
- Сплено-, гепато-, портоманометрия
- Диагностический лапароцентез при подозрении на спонтанный перитонит (состав неинфицированной асцитической жидкости: белок 20 - 30 г\л, лейкоциты - $0,25 \cdot 10^{12}$ \л, нейтрофилы – 15%)

Осложнения и исходы ЦП

- Кровотечения из ВРВП и др. – до 60%
- Печеночная энцефалопатия, печеночная кома – 40 – 60%
- Вторичная инфекция (алкогольный ЦП): пневмония, спонтанный бактериальный перитонит, сепсис
- Гепаторенальный синдром
- Тромбоз воротной вены
- Цирроз – рак 5 – 20%

Срок жизни от момента развития цирроза – 5 – 10 лет

Гепаторенальный синдром (ГРС)

- ГРС встречается у 10% больных с синдромом ПГ и асцитом и включает в себя почечную недостаточность гемодинамической природы
- 1 тип ГРС – прогрессирующая олигурия с быстрым ростом концентрации креатинина;
- 2 тип ГРС – умеренное и достаточно постоянное увеличение уровня креатинина

Диагностика гепаторенального синдрома

- Концентрация креатинина более 1,5 мг\дл
- Отсутствие шока, бактериальной инфекции, гиповолемии, терапии нефротоксическими препаратами
- Улучшение функции почек, снижение уровня креатинина после прекращения диуретической терапии
- Отсутствие протеинурии, гематурии
- Концентрация натрия меньше 10 ммоль\л

Печеночно-легочный синдром

- **Характеризуется возникновением гипоксемии вследствие раскрытия артерио-венозных шунтов легких из-за чего большая часть крови шунтируется минуя микроциркулярное русло органа**
- **Клиника: ортодексия (нарастание гипоксии при переходе в вертикальное положение), платипноэ (уменьшение одышки в горизонтальном положении)**

Лечение

Декомпенсированный цирроз печени (класс С)

- Увеличение дозы верошпирона и фуросемида.
В/в введение фуросемида.
Для потенцирования действия диуретиков – преднизолон 60 – 120 мг в/в 3 – 5 дней
- При гипоальбуминемии: в/в альбумин 100 мл или протеин 100 мл или плазма 100 – 200 мл или гепасол или аминосол № 3 – 5
- При торпидном асците – лапароцентез с введением альбумина или плазмы 10 г на 1 л асцитической жидкости + 150 – 200 мл полиглюкина
- Витамин К (викасол) в/м, затем внутрь
- Антибактериальная терапия: неомицин 6 – 8 г/сут; ампициллин 4 г/сут; ципрофлоксацин 1000 мг/сут внутрь 5 – 7 дней
- Лактулоза (**Дюфалак**) внутрь или через назогастральный зонд 60 – 80 мл в сутки 7 дней
- Ферменты, кишечные биопрепараты

Кровотечение из ВРВП

- Ингибиторы протонной помпы (лосек 20 мг в/в)
- H₂-блокаторы (квamatел 20 мг в/в каждые 6 часов)
- Сандостатин непрерывная в/в инфузия в дозе 25 мкг/час в течение 5 дней
- Зонд Блекмора
- Очистительная клизма с MgSO₄
- Гемостатическая терапия (викасол, дицинон, аминокапроновая кислота)
- Переливание эритромаcсы, полиглюкина

Лечение спонтанного перитонита

Препаратом выбора являются цефалоспорины 3 поколения,

при непереносимости – фторхинолоны в сочетании с метронидазолом

- Цефотаксим (в/в 2,0 x 2 - 3 раза в сутки)
- Цефтриаксон (в/в 1,0 x 2 раза в сутки)
- Азтреанол (1,0 x 3 раза в сутки парентерально)
- Офлоксацин 400 мг x 2 раза в сутки

Лечение гепаторенального синдрома

- Вазоконстрикторы и перфузия раствора альбумина или наложение трансъюгулярного портосистемного шунта
- Вазоконстрикторы (терлипрессин 0,5-2 мг\4 часа 1-3 недели) увеличивают сосудистое сопротивление – улучшают перфузию почек, снижают выработку эндогенных вазоконстрикторов
- Альбумин увеличивает ОЦК –улучшает почечную микроциркуляцию

Литература:

1. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. / под ред. Н. А. Мухина и др. + CD, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012
2. Богатырев, В. Г. Основы медицинской диагностики внутренних болезней : учеб. пособие / В. Г. Богатырев. М. : ЭКСМО, 2009
3. Моисеев, В. С. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией : руководство для врачей / В. С. Моисеев, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев; под ред. В. С. Моисеева. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008
4. Неотложная помощь в терапии и кардиологии : учеб. пособие / под ред. Ю. И. Гринштейна. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009
5. Циммерман, Я. С. Клиническая гастроэнтерология / Я. С. Циммерман. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009
6. Терапия: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для итогового контроля у врачей-курсантов, обучающихся на цикле сертификационного усовершенствования по спец. 040122 – Терапия / сост. Ю. И. Гринштейн [и др.]. Красноярск : КрасГМУ, 2011

- **Законодательные и нормативно-правовые документы**

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 июня 2010 г. N 415н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля»

Благодарю за внимание!

