

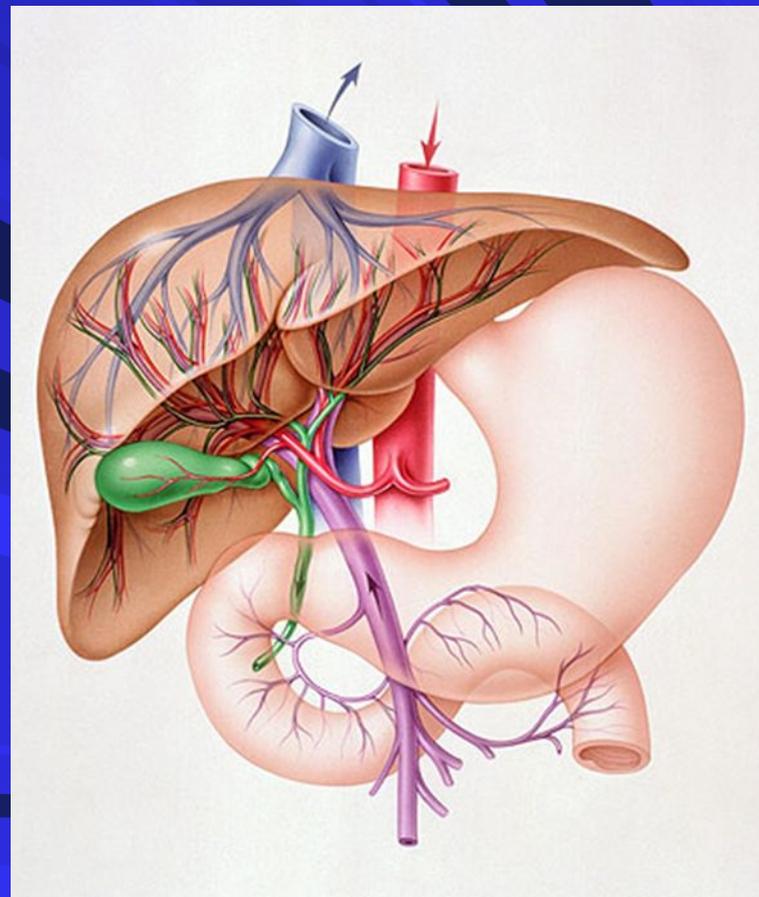
*АО «Медицинский Университет Астана»  
Кафедра Детских инфекционных болезней.*

# Острая печеночная нефротическая недостаточность



# ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

*Острая печеночная недостаточность (ОПен) — патологический синдром, в основе которого лежит острое поражение гепатоцитов с последующим нарушением их основных функций (белковообразовательной, дезинтоксикационной, продуцирования факторов свертывания крови, регуляции КЩС и*



# Клиника

В клинической картине можно выделить 2 ведущих: синдрома.

1. Синдром массивного некроза печени.
2. Синдром энцефалопатии (печеночная прекома и кома).

Выделяют 4 стадии энцефалопатии:

- \*Прекома 1 (фаза предвестников).
- \*Прекома 2.
- \*Кома 1 (неглубокая кома).
- \*Кома 2 (глубокая кома).



# Синдром массивного некроза печени

- Нарастающая общая слабость.
- Анорексия.
- Постоянная тошнота, переходящая в рвоту.
- Повышение температуры.
- Нарастание желтухи.
- Появление специфического сладковато-приторного "печеночного" запаха.



- Уменьшение размеров печени (симптом пустого подреберья).
- Появление в общем анализе крови лейкоцитоза, ускоренной СОЭ, снижение протромбинового индекса до 0,50
- Геморрагическом синдроме присоединяется анемия.
- Уровень билирубина в крови превышает норму в 5 раз и более, достигая в ряде случаев 300 мкмоль/л и выше (при норме 8,5—20,5 мкмоль/л).

## **Печеночная энцефалопатия (печеночная недостаточность) .**

\* Печеночная энцефалопатия - это комплекс часто обратимых в начальной и необратимых в конечной стадии психических и нервно-мышечных нарушений, обусловленных тяжелой печеночной недостаточностью. Этот синдром чаще всего развивается при хронической печеночной недостаточности, характерной для поздних стадий цирроза печени, а также при острой печеночной недостаточности.

\* Печеночная энцефалопатия является результатом токсического влияния на ЦНС продуктов метаболизма азотистых соединений, у здоровых людей инактивируемых печенью.

# Синдром энцефалопатии (печеночная прекома и кома)

- Прекома 1 (фаза предвестников).
- \*Прекома 2.
- \*Кома 1 (неглубокая кома).
- \*Кома 2 (глубокая кома).



# Прекома 1 (фаза предвестников).

- Возникает адинамия, заторможенность, замедление речи, нарушение ориентации, забывчивость.
- Отмечается инверсия сна (сонливость днем, бессонница ночью), кошмары.
- Появляются вегетативные расстройства (обмороки, головокружение, "мушки" перед глазами, шум в ушах, икота, зевота, повышенная потливость).

- Нарастают неврологические нарушения:
- Нарушается координация движений.
- Появляется непостоянный и не резко выраженный "хлопающий" тремор рук, языка.
- Больные сохраняют ориентацию во времени и пространстве, дают адекватные, но замедленные ответы на вопросы, выполняют простые команды.

# Прекома 2

- Больные сонливы, большую часть времени дремлют или спят, при пробуждении дезориентированы.
- Характерны стереотипность речи и поведения реакция на словесное раздражение (обращение) замедлена, но целенаправленна, на болевые раздражения - сохранена
- Усиливаются неврологические нарушения:
- Хлопающий тремор рук.



- *Снижение сухожильных рефлексов.*
- *Снижение зрачковых реакций*
- *Дискоординация движений.*
- *Учащение дыхания*
- *Нередко возникают расстройства тазовых органов – непроизвольное мочеиспускание и дефекация.*

- В этот период может возникнуть острое психомоторное возбуждение, напоминающее алкогольный делирий, - печеночный делирий. В этом состоянии больные теряют ориентацию, вскакивают с постели, кричат, становятся агрессивными, появляется судорожный синдром.

# Кома 1 (неглубокая кома)

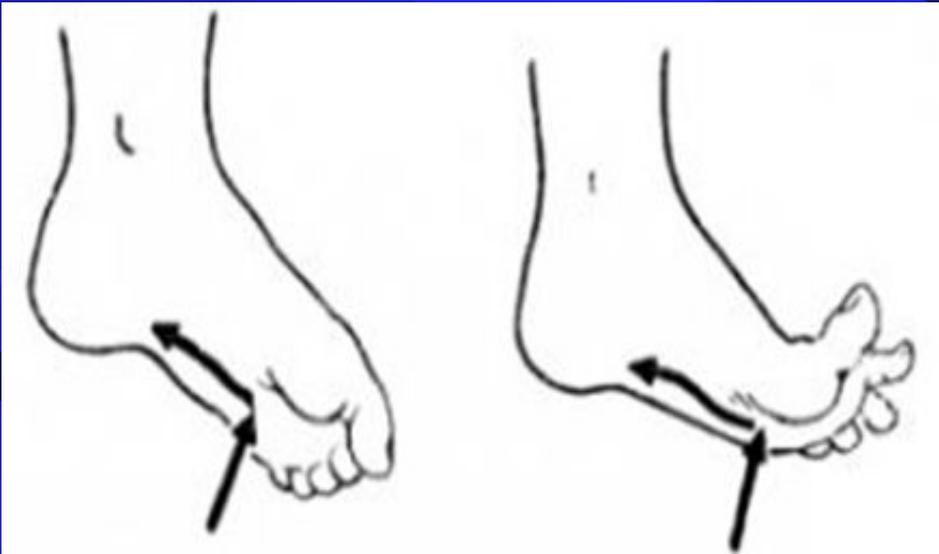
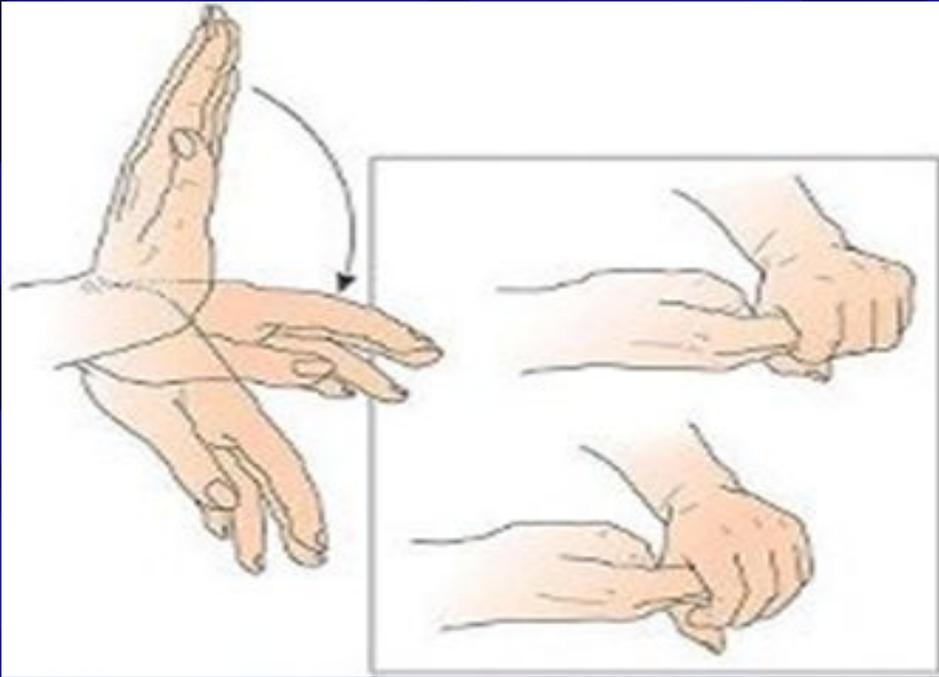
1. Сознание угнетено

2. Реакция на окрик отсутствует, на сильные раздражители (боль, холод, тепло) – сохранена.

3. Неврологические изменения:

- широкие зрачки с почти полным отсутствием реакции на свет,
- симптом плавающих глазных яблок,
- патологические рефлексы Бабинского, Гордона,
- клонус мышц стоп; лицо становится маскообразным,
- конечности ригидные, возникают приступы клонических судорог.

4. Парез гладкой мускулатуры приводит к атонии кишечника с прогрессирующим вздутием кишечника.



# Кома 2 (глубокая кома)

1. Полная утрата реакции на любые раздражения.
2. В качестве дополнительных синдромов выделяют:
  - Отёк-набухание головного мозга.
  - Геморрагический синдром.
  - Острая почечная недостаточность.
  - Присоединение гнойно-септической инфекции.

# ЛЕЧЕНИЕ

- Больные соблюдают строгий постельный режим.
- В диете ограничивают употребление животного белка.
- Назначают массивную **дезинтоксикационную терапию**
- Борьба с бактериальной суперинфекцией
- Коррекция водно-электролитного баланса выполняется под лабораторным контролем.
- Коррекцию гемостаза



# Дезинтоксикационная терапия

Энтеросорбция

Антибактериальная терапия:

- а) Высокие очистительные клизмы;
- б) Энтеродез: по 15,0 – 20,0 3 раза в день;
- в) Активированный уголь в дозе 1 г/кг/сут;
- д) Лактулоза – 1 мл/кг

- Подавление кишечной микрофлоры:
- Метронидазол (7,5 мг/кг) в 3 приема.
  - Мономицин (20мг/кг) в 2 приема.
  - Лактулоза .

# Инфузионная терапия

## Цель

- обеспечить парентеральное питание
- дезинтоксикацию организма
- улучшить микроциркуляцию
- нормализовать электролитные нарушения
- восстановить кислотно-щелочное равновесие.



# Инфузионная терапия

*С этой целью внутривенно вливают:*

- 5—10% раствор глюкозы (до 1 1/2—2 л/сут.),
- 1% раствор глутаминовой кислоты (300 мл/сут.),
- 5—10% раствор сывороточного альбумина (до 200—400 мл/сут.),
- гемодез (300—400 мл/сут.),
- 15% раствор сорбита (до 400 мл/сут.) или
- 20% раствор маннита (до 400 мл/сут.).

# Экстракорпоральный метод- плазмаферез

- Цель:
- удаление токсических метаболитов
- удаление билирубина, ферментов
- коррекция уровня протеинемии и онкотического давления
- ликвидация коагулопатии

- Борьба с бактериальной суперинфекцией – назначают нетоксичные антибиотики широкого спектра действия (**цефалоспорины**)
- Глюкокортикоидная терапия-при прогрессировании острой печеночной недостаточности используются гормоны в дозе 10 –15мг/кг в сутки равномерно в 4 – 6 приемов. Курс лечения составляет 5 – 6 дней.
- Ингибиторы протеолиза используют с целью подавления активности ферментов калликреинкининовой системы. Используют контрикал 500000 – 1000000 ЕД в 2 – 3 приема, овомин - 5000 АТЕ /кг/сут.

# Витамины

- Аскорбиновую кислоту в суточной дозе до 1,0 г
- тиамин до 20—50 мг
- рибофлавин по 8—20 мг,
- пиридоксина гидрохлорид по 50—100 мг
- цианокобаламин по 200 мкг
- никотинамид по 100 мг)
- оротат калия по 0,5—1,0 г.



- **Метаболическая терапия:**
- 1. Рибоксин 2% - 10мл в сутки.
- 2. Пиридоксальфосфат 0,005 – 0,03 / сут.
- 3. Цитохром С или цитомак 0,25% - 4 – 8 мл внутримышечно или внутривенно 1 – 2 раза в сутки.



- При снижении диуреза используют мочегонные препараты
- (лазикс – 2 – 4 мг/кг,
- маннитол – 0,5 – 1,5 мг/кг).
- Для коррекции гипопропротеинемии назначают альбумин, свежезамороженную плазму.

- Коррекцию гемостаза осуществляют:
- 1. Криоплазма 10 – 15 мг/кг/сут.
- 2. Дицинон 2 – 4 мл каждые 4 часа.
- 3. Адроксон 0,5 мл 2 – 4 раза в сутки.
- 4. Троксевазин 5% - 5мл в сутки.
- 5. Викасол 1% - 2 мл в сутки.



- Единственный шанс для больных ОПeН, у которых не удастся достичь необходимого объема регенерации гепатоцитов консервативными методами – **ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ** (на сегодня без нее погибает 30-40% больных с ОПeН)



Любой больной с ОПeН и неблагоприятным прогнозом должен быть незамедлительно внесен в лист ожидания для проведения трансплантации печени



**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!**