

**Клинические и лабораторные  
симптомы и синдромы при  
хронических гепатитах и  
циррозах печени.**

**Печеночная кома:  
диагностика и неотложная  
терапия.**

**Современное определение ХГ** – это группа болезней печени, вызываемая различными причинами и характеризующаяся различной степенью выраженности гепатоцеллюлярного некроза и воспаления, причем в инфильтрате преобладают лимфоциты и макрофаги.

Продолжительность воспаления более 6 месяцев.

ХГ – это диффузный воспалительный процесс в печени, продолжающийся более 6 месяцев.

# Терминология ХГ:

## По этиологии 4 вида ХГ:

- Вирусный ХГ (В, С, D) ХГ В(С, D и т.д)
- Аутоиммунный Г
- Лекарственный Г
- Криптогенный (невыясненной этиологии) Г
- Первичный биллиарный цирроз
- Болезнь Вильсона-Коновалова
- $\alpha$ -антитрипсиновая недостаточность
- первичный склерозирующий холангит.

## **По активности процесса:**

- а) с незначительной, умеренной, выраженной, резко выраженной степенью активностью;
- б) неактивный.

## **По функциональному состоянию печени:**

- а) компенсированный;
- б) декомпенсированный.

## **По этиологическому фактору ЦП:**

- ЦП с установленным этиологическим фактором;
- ЦП со спорным этиологическим фактором;
- ЦП неизвестной этиологии (криптогенный),  
может быть исходом клинически неустановленного острого вирусного гепатита;

# Клинические синдромы при ХГ:

- 1) общая слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности  
**(астеновегетативный синдром);**
- 2) тошнота, чувство горечи и сухости во рту, снижение аппетита, неустойчивый стул, вздутие живота, похудание **(диспепсический синдром);**
- 3) тупая боль в правом верхнем квадранте живота и в подложечной области, возникающая после еды, физической нагрузки и переохлаждения **(абдоминальный болевой синдром);**
- 4) длительная или перемежающаяся боль в суставах без их деформации и ограничений объема движений **(суставной синдром);**

- 5) периодическая или длительная лихорадка неясного генеза (**лихорадочный синдром**);
- 6) кровотечения из носа, десен, подкожные кровоизлияния, меноррагии (**геморрагический синдром**);
- 7) зуд кожи, потемнение мочи, осветление кала, стойкая или перемежающаяся желтуха, дерматит (**кожно-желтушный синдром**).

# Лабораторные синдромы:

1) **Синдром цитолиза** – повышение в плазме АсАТ, АлАТ, ГЛДГ – глутаматдегидрогеназы, 5-й фракции лактатдегидрогеназы (ЛДГ 5), а также ферритина, сывороточного железа.

В оценке степени активности печеночного процесса основное значение придается содержанию АлАТ, АсАТ:

- умеренная гипераминотрансфераземия – повышение ферментов менее чем в 5 раз по сравнению с верхней границей нормы.
- средняя степень от 5 до 10 раз;
- высокая степень свыше 10 раз.

## **2) Мезенхимально-воспалительный синдром**

– характеризуется гипергаммаглобулинемией, гипер- и дисиммуноглобулинемией, повышением показателей тимоловой пробы, увеличением СОЭ, СРБ, серомукоид, ревматоидный фактор, изменение количества и функциональной активности Т- и В- лимфоцитов и их субпопуляций.

## **3) Синдром холестаза в сыворотке крови**

повышается уровень конъюгированной фракции билирубина, щелочной фосфатазы ЛАП, холестерина,  $\beta$ -липопротеидов, фосфолипидов, уменьшается содержание соли,

исчезают уробилиновые тела в моче, снижается экскреция бромсульфалеина.

**4) Синдром печеночно-клеточной недостаточности** – характеризуется гипербилирубинемией за счет неконъюгированной фракции, снижением содержания в крови альбумина, протромбина, трансферрина, эфиров холестерина, проконвертина, проакцеллерина, холинэстеразы,  $\alpha$ -липопротеидов.

**Циррозы печени (ЦП)** —  
хроническое прогрессирующее  
заболевание с выраженными в  
различной степени признаками  
функциональной недостаточности  
печени и портальной гипертензии.

## **Малые признаки цирроза - «печеночные стигматы»:**

- а) сосудистые «звездочки» («паучки»)
- б) эритема ладоней («печеночные ладони»)
- в) красные блестящие губы, красная слизистая оболочка рта, красный «печеночный», «лакированный», «малиновый» язык.
- г) признаки гормональных расстройств (нарушения менструального цикла)
- д) ксантоматозные бляшки на коже
- е) пальцы в виде «барабанных палочек» с гиперемией кожи у ногтевых лунок

**Портальная гипертезия (ПГ)** характеризуется стойким повышением давления в воротной вене и проявляется расширением портокавальных анастомозов, асцитом и увеличением селезенки.

**Существует 3 группы естественных портокавальных анастомозов:**

1. в зоне геморроидальных венных сплетений – анастомозы между нижней брыжеечной веной (система воротной вены) и геморроидальными венами, впадающими в нижнюю полую вену;

2. в зоне пищеводно-желудочных сплетений – окольный путь через левую желудочную вену, пищеводное сплетение и полунепарную вену в верхнюю полую вену;
3. в системе околопупочных вен, анастомозирующих с венами брюшной стенки и диафрагмы, несущими кровь в верхнюю и нижнюю полые вены. При портальной гипертензии расширенные расходящиеся в разные стороны вены вокруг пупка образуют своеобразную картину, называемую «головой медузы» (“caput Medusae”).

# Клинические симптомы портальной гипертензии.

1 стадия: клинические признаки появляются эпизодически в период портальных кризов и характеризуются наличием метеоризма, болей в эпигастральной области, тошноты, диарей.

2 стадия: вышеуказанные симптомы становятся постоянными, периодически возникает асцит, который быстро разрешается под влиянием терапии. У больных с портальной гипертензией

3 стадия: имеются осложнения: отечно-асцитический синдром, трудно поддающийся лечению, кровотечения из расширенных пищеводных и геморроидальных вен, гиперспленизм, печеночная энцефалопатия.

**Гепатолиенальный синдром** характеризуется одновременным увеличением печени и селезенки при первичном поражении одного из этих органов. Выявить гепатолиенальный синдром позволяют методы пальпации, УЗИ и сканирования.

**Синдром печеночной недостаточности** – это принятое обозначение различной степени тяжести функции печени.

Различают острую и хроническую печеночную недостаточность и три ее стадии:

1. начальную, компенсированную;
2. выраженную, декомпенсированную;
3. терминальную, дистрофическую, которая заканчивается печеночной комой и смертью больного.

## **Острая печеночная недостаточность (ОПН)**

возникает при тяжелых формах вирусного гепати-та, отравлениях гепатотропными ядами, грибами (содержат ядовитые вещества – аманитотоксин, гальвеловую кислоту, мускарин и др.). ОПН развивается в течение нескольких

**Печеночная кома (ПК)** может развиваться при острых и хронических заболеваниях печени любой этиологии. Ей часто предшествует печеночная энцефалопатия, тесно с ней связанная.

ПК – крайняя степень печеночной недостаточности. Основные клинические проявления этих нарушений:

- Геморрагический диатез (синдром);
- Желтуха;
- Лихорадка;
- Асцит;
- Спленомегалия.

## **Выделяют 3 варианта печеночной комы:**

1. эндогенная (распадная, истинная) - при массивных некрозах сохранившейся при циррозе паренхимы печени;
2. экзогенная (шунтовая, портокавальная, ложная) кома обусловлена поступлением в общий кровоток из кишечника по обводным анастомозам, минуя печень, аммиака, фенолов, индолов, метилмеркаптана, ароматических и содержащих серу аминокислот.
3. смешанная кома возникает при развитии некрозов паренхимы печени у больных ЦП с выраженным коллатеральным кровообращением.

# Степени печеночной комы.

**I степень (прекома)** - немотивированное ухудшение настроения или эйфория, кратковременные легкие затемнения сознания, сонливость днем, бессонница ночью. Проявления повышенной кровоточивости.

**II степень (состояние угрожающее развитием комы)** - сознание спутанное, нарушение ориентировки в окружающем. Периодические делириозные состояния. Тремор, изменения тонуса мышц. Рефлексы повышены. Начальные нарушения дыхания.

**III степень (кома)** - сознание отсутствует. Рефлексы снижены или отсутствуют. Дыхание глубокое, шумное. Нередко «печеночный» запах изо рта.

# **Рекомендуется следующая схема лечения печеночной комы:**

1. Внутривенное капельное введение 5 % раствора глюкозы в дозе до 2-3 л/сут с кокарбоксилазой (300 мг), витамином В12 (500 мкг), липоевой кислотой (180 мг).
2. Преднизолон 150 мг внутривенно струйно и далее каждые 4 часа по 9 мг.
3. а-Аргинин 25 г внутривенно капельно и далее в той же дозе каждые 8 ч или 100-150 мл 10% раствора глутаминовой кислоты и далее в той же дозе каждые 8 ч, или орнитетил 20-25 г внутривенно в течение суток.

4. Канамицин 0,5 г или полимиксин М 150000 ЕД, или ампициллин 1 г каждые 4 ч через желудочный зонд.
5. Каждые сутки очищать кишечник клизмой.
6. Обменные переливания крови 5-6 л ежедневно в течение 7-10 дней.
7. Введение кислорода через носовой катетер со скоростью 2-4 л/мин, больного можно поместить в барокамеру под давлением 2-3 атм на 1-3 ч.

8. При выраженном метаболическом алкалозе вводят препараты калия до 10 г/сут.
9. При геморрагическом синдроме промывание желудка ледяным изотоническим раствором хлорида натрия, введение нативной плазмы или свежесцитратной крови по 100-200 мл 2-3 раза в сутки.
10. При развитии метаболического ацидоза вводят 200- 600 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия.
11. Все мероприятия продолжают до выведения больного из комы.