

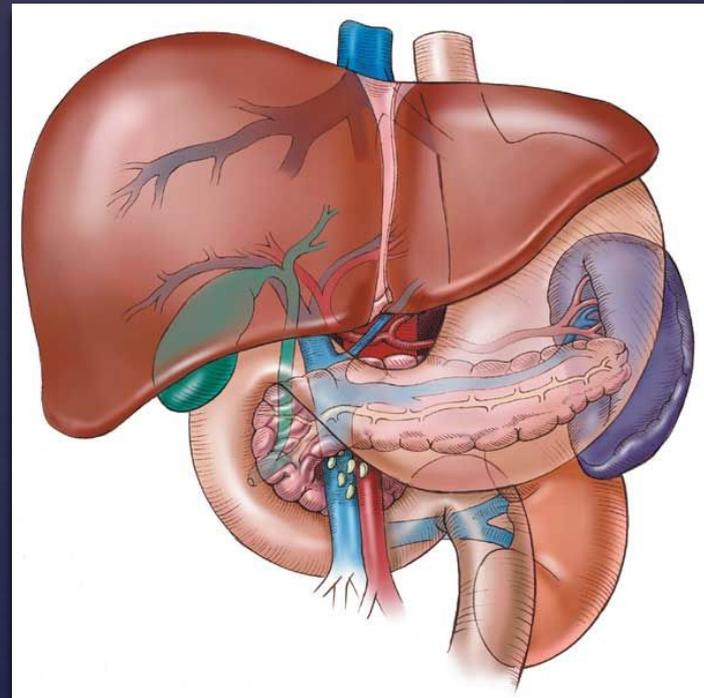
Міністерство охорони здоров'я України КЗ Лисичанський медичний коледж

Конференція на тему: « Гостра печінкова недостатність. Чинники та діагностика в педіатрії. »

Роботу виконав
Студент IV курсу, групи « Б »
Спеціальність « Лікувальна справа »
КЗ Лисичанський медичний коледж
Великий Андрій Олексійович

2018 рік

Гостра печінкова недостатність — патологічний синдром в основі якого лежить гостре ураження гепатоцитів з послідуочим порушенням їх основних функцій.



Класифікація

I. По течії захворювання

Гостра

Хронічна

II.

За стадіями

I Початкова
(компенсована)

II Виражена
(декомпенсована)

III термінальна
(дистрофічна).

IV печінкова кома

Клінічні прояви

Під час першої стадії

Зниження та порушення апетиту

Слабкість

Нудота

Відраза до їжі

Емоційні розлади



Під час другої стадії

Жовтуха

Геморагічний діатез

Асцит

Немотивована слабкість

Диспептичні розлади

Гіпопротеїнемічні набряки



Во время третьей стадии

Кахексия

Глубокие нарушения обмена веществ

Дистрофические изменения в других внутренних органах.

Потеря сознания. Спонтанные движения и реакция на боль в начале комы и в дальнейшем исчезают. Расходящееся косоглазие. Отсутствие зрачковых реакций. Патологические (подошвенные) рефлексy. Судороги. Ригидность. ЭЭГ - замедление ритма, уменьшение амплитуды по мере углубления комы.

Этиология. Острая печеночная недостаточность (ОПен) может возникнуть на фоне следующих заболеваний:

1. Вызывающих повреждения печеночной паренхимы (острый и хронический гепатиты, циррозы, первичные и метастатические опухоли печени, эхинококкоз, лептоспироз, желтая лихорадка).
2. Осложняющихся холестазом (холедохолитиаз, стриктуры желчных путей, опухоли печеночного или общего желчного протока, головки поджелудочной железы, перевязка или повреждение желчных протоков во время операции и др.).
3. Отравления гепатотропными ядами (хлорированными и ароматическими углеводородами — хлороформом, дихлорэтаном; этиловым алкоголем, фенолами, альдегидами, растительными токсинами, например, бледной поганкой) и лекарственными препаратами (наркотиками, аминазином и др.).
4. Болезни сосудов печени (тромбоз воротной вены).
5. Заболевания других органов и систем (эндокринные, сердечнососудистые, инфекционные, диффузные болезни соединительной ткани).
6. Экстремальные воздействия на организм (травмы, ожоги, тяжелые оперативные вмешательства, синдром длительного сдавления).

Формы печеночной недостаточности.

В зависимости от причины возникновения, различают эндогенную, экзогенную и смешанную форму ОПеН.

В основе эндогенной печеночно-клеточной формы острой печеночной недостаточности ОПеН лежит массивный некроз печени, возникающий в результате прямого поражения ее паренхимы. Данное состояние может возникать под действием следующих факторов:

1. Гепатотоксическое и церебротоксическое действие метаболитов (триптофан, тирозин, метионин, масляная кислота).
2. Появление ложных медиаторов, заменяющих биогенные амины (норадреналин, допамин), что приводит к нарушению взаимодействия нейронов.
3. Освобождение и активация лизосомальных ферментов (особенно гидролаз).
4. Отек головного мозга при длительном течении комы.
5. Нарушение водно-солевого и КЩС, приводящее к задержке жидкости во внеклеточном пространстве и уменьшению ОЦК.
6. Возникновение коагулопатий (ДВС-синдром).
7. Присоединение нарушений функции почек (ОПН), легких (дистресс-синдром).

Экзогенная (портокавальная) форма острой печеночной недостаточности ОПеН развивается у больных циррозом печени. В нормальных условиях 80% эндогенного аммиака метаболизируется печенью. При циррозе данный процесс нарушается, в результате чего происходит поражение ЦНС.

Смешанная форма острой печеночной недостаточности ОПеН обычно протекает с преобладанием эндогенных факторов.

Принципы лечения ОПeН:

1. Нормализация основных жизненно важных процессов.

2. Проведение заместительной терапии, направленной на восстановление утраченных или нарушенных функций организма.
Нормализация основных жизненно важных процессов

Прежде всего необходимо приостановить некроз гепатоцитов. С этой целью устраняется или уменьшается влияние гепато-токсических факторов: интоксикация, *кровотечение, гиповолемия, гипоксия.*

1. Нормализация основных жизненно важных процессов.

1. Кровотечение останавливается хирургическим или консервативным методом по общепринятым показаниям и методикам.

2. Гиповолемия устраняется введением в организм жидкости под контролем ЦВД и почасового диуреза.

3. Гипоксия купируется нормализацией функций легких и печеночного кровотока. С этой целью ежедневно вводят в/в сорбитол (до 1 г/кг), реополиглюкин (до 400 мл/сут.). Улучшение кровоснабжения гепатоцитов достигается препаратами ксантинового ряда: эу-филлин (по 10 мл 2,4% р-ра 3—4 раза/сутки), симпатолитиками (дроперидол, пентамин), но без резкого снижения АД.).

Нормализация основных жизненно важных процессов
(продолжение)

4. **Интоксикация уменьшается** при ликвидации пареза кишечника и очистки его от продуктов полураспада белка, а также ограничением в приеме белка или назначением безбелковой пищи.
5. **Следующим этапом** интенсивной терапии **является улучшение** энергетических процессов введением легкоусвояемых
6. **Стимулирующее влияние** на восстановление утраченных функций печени оказывает использование витаминов, обладающих гепатотропным действием и различные витамины.
7. Если в комплексной **инфузионной терапии** используются растворы аминокислот, они **не должны содержать фенилаланин, тирозин, триптофан, метионин**. Их введение приводит к усилению нарушения обмена аминокислот и развитию энцефалопатии.
8. Для уменьшения поступления токсических продуктов из кишечника в печень производится подавление кишечной микрофлоры.
9. При тяжелых нарушениях мочевинообразовательной функции печени необходимо в/в капельно вводить раствор аргинина хлорида из расчета 300—500 мг/кг/сут.

Проведение *заместительной терапии* при острой печеночной недостаточности (ОПeН).

1. Гипопротениемия купируется использованием альбумина
2. Для коррекции геморрагического синдрома используется викасол свежезамороженная плазма ,аминокапроновая кислота
3. Дезинтоксикационная функция замещается использованием гемодеза (На начальных этапах заболевания показана гемо- и лимфосорбция.
4. Коррекция водно-электролитного обмена и КЩС.
5. С первоначальных этапов лечения производится превентивное лечение



P.S. К сожалению, летальность при острой печеночной недостаточности (ОПеН) остается крайне высокой (60—80%), поэтому продолжают развиваться новые способы лечения. К ним относятся перфузия крови больного через гетеропечень и трупную гомо-печень, трансплантация печени, обменное переливание крови, перекрестное кровообращение и др.