

**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 билиарный цирроз
- Болезнь Вильсона-Коновалова
- α -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, β -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, α -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.