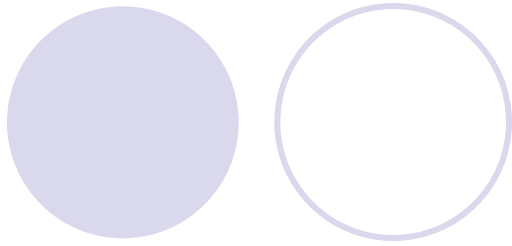


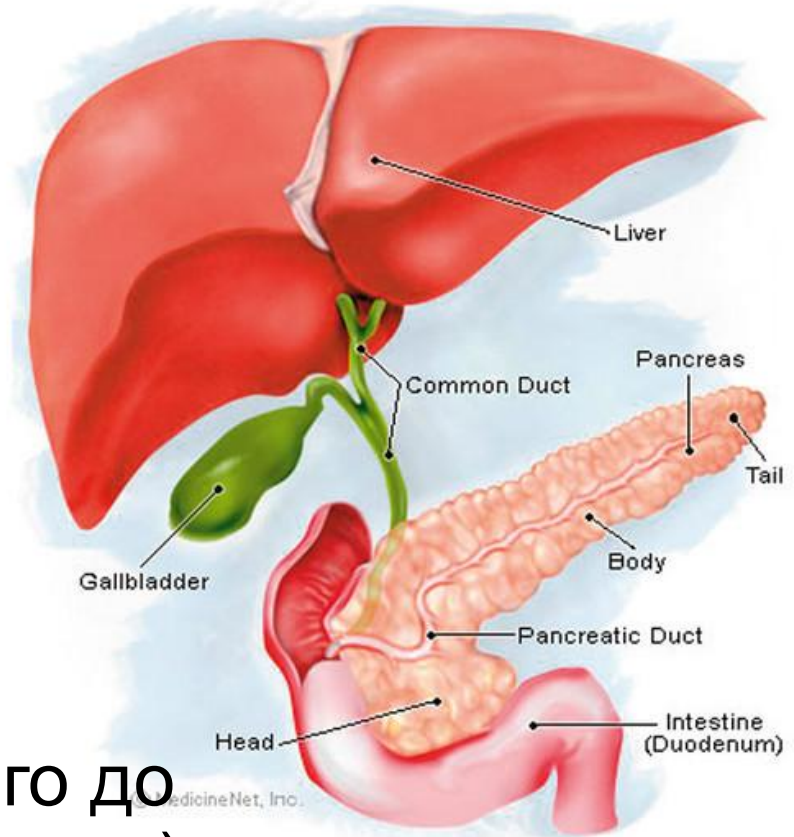
Синдром острой и хронической печеночной недостаточности



Выполнила: студентка 311-1П гр
Карпунина Елена



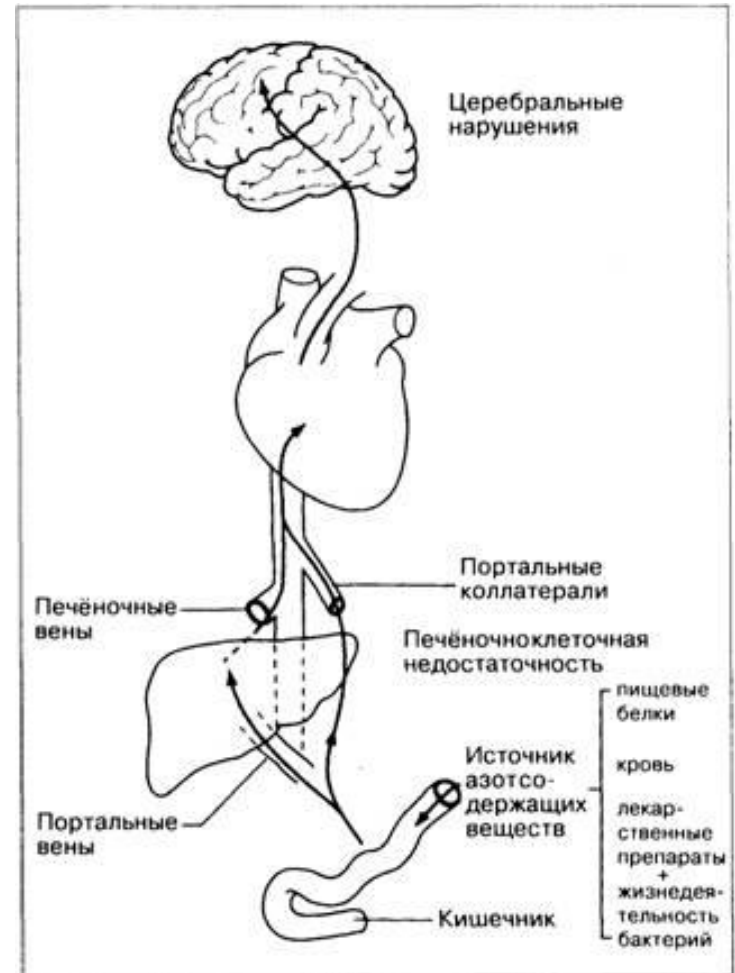
- **Печеночная недостаточность** - симптомокомплекс, характеризующийся нарушениями функций печени разной степени выраженности (от легкого до тяжелого - печеночной комы) вследствие острого или хронического повреждения ее паренхимы (гепатоцитов).



Стадии печеночной недостаточности

- 1. Первая стадия - начальная компенсированная.
- 2. Вторая стадия - выраженная, декомпенсированная.
- 3. Третья стадия - терминальная дистрофическая, заканчивающаяся печеночной комой.
- 4. Четвертая стадия - печеночная кома.

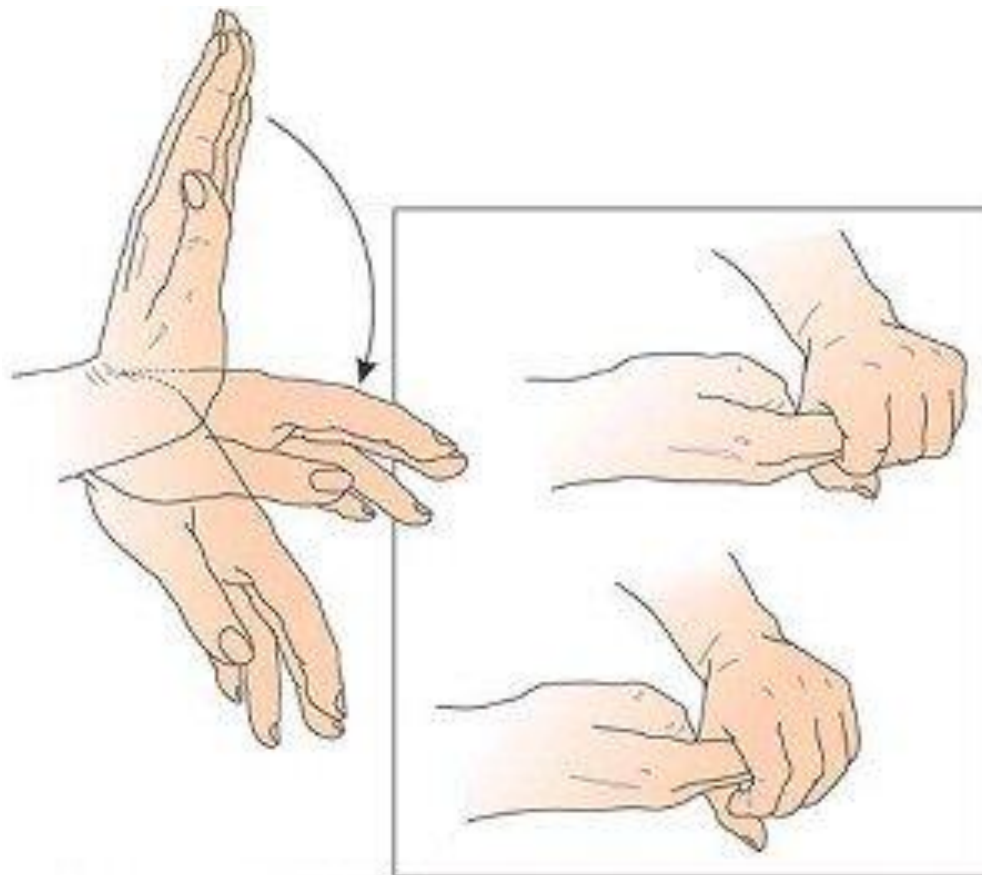
- **Портосистемная или печеночная энцефалопатия - это симптомокомплекс нарушений ЦНС, возникающий при печеночной недостаточности.**



Стадии печеночной энцефалопатии

- 0 стадия. Субклиническая печеночная энцефалопатия. Характеризуется минимальной симптоматикой: легкие нарушения памяти, концентрации внимания, когнитивных функций, координации движений. «Хлопающий» тремор (астериксис) отсутствует.
- 1 стадия. Расстройства сна, нарушение ритма сна, эйфория, раздражительность. Замедлена способность к выполнению интеллектуальных заданий. Снижение внимания, нарушение счета (сложения). Может выявляться астериксис.
- 2 стадия. Летаргия или апатия. Дезориентация, неадекватное поведение, невнятная речь. Астериксис. Головокружение. Атаксия. Нарушение счета (вычитания). Легкая дезориентация во времени и в пространстве.
- 3 стадия. Сопор. Значительная дезориентация во времени и в пространстве. Амнезия, приступы гнева. Дизартрия.
- 4 стадия. Кома. Может отсутствовать реакция на болевые раздражители.

Астериксис - «хлопающий» тремор.



Причины развития печеночной энцефалопатии

- Пищеводно-желудочно-кишечное кровотечение.
- Инфекции (органов мочевыводящего тракта, грудной клетки).
- Спонтанный перитонит при асците.
- Прием лекарств: парацетамола, диуретиков (гипокалиемия, гипомагниемия, азотемия), седативных препаратов, опиатов, кодеина.
- Прием алкоголя.
- Прогрессирование хронических заболеваний печени.
- Чрезмерное содержание белка в пищевом рационе (при тяжелых заболеваниях печени).
- Развитие гепатоцеллюлярной карциномы.
- Параабдоминоцентез.



ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

участвует в регуляции
объема крови и кровотока
в организме

синтез витаминов А и В12

Хранилище витаминов и
ряда микроэлементов,
необходимых для
правильного
функционирования
организма

Регуляция уровня
глюкозы (сахара) в
крови

Обезвреживание ядовитых веществ,
микробов, бактерий, вирусов
поступающих с кровью и лимфой

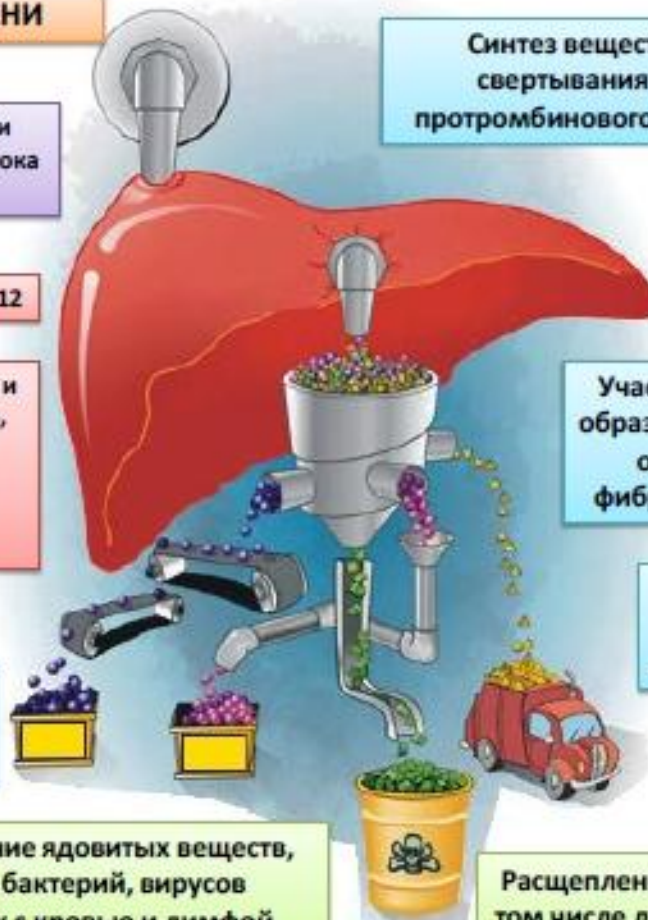
Синтез веществ, необходимых для
свертывания крови, компоненты
протромбинового комплекса, фибриноген



Участие в белковом обмене:
образование необходимых для
организма альбумина,
фибриногена и протромбина

Участие в обмене
железа, необходимого
для синтеза гемоглобина

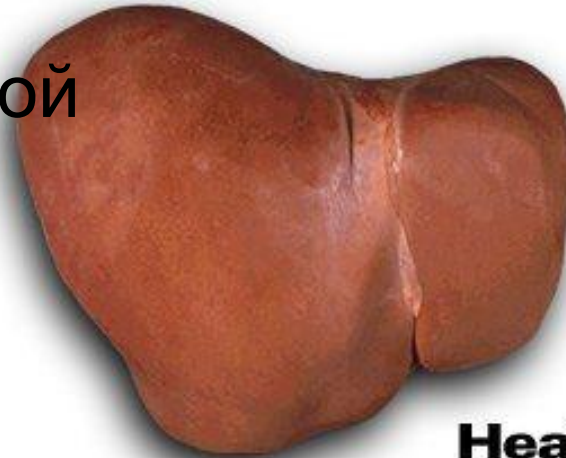
Расщепление химических веществ, в
том числе лекарственных препаратов



Диагностика печеночной недостаточности

- Цели диагностики

- Определить тип печеночной недостаточности (острая или хроническая).
- Выявить симптомы, свидетельствующие о развитии печеночной энцефалопатии.
- Установить степень тяжести печеночной энцефалопатии.

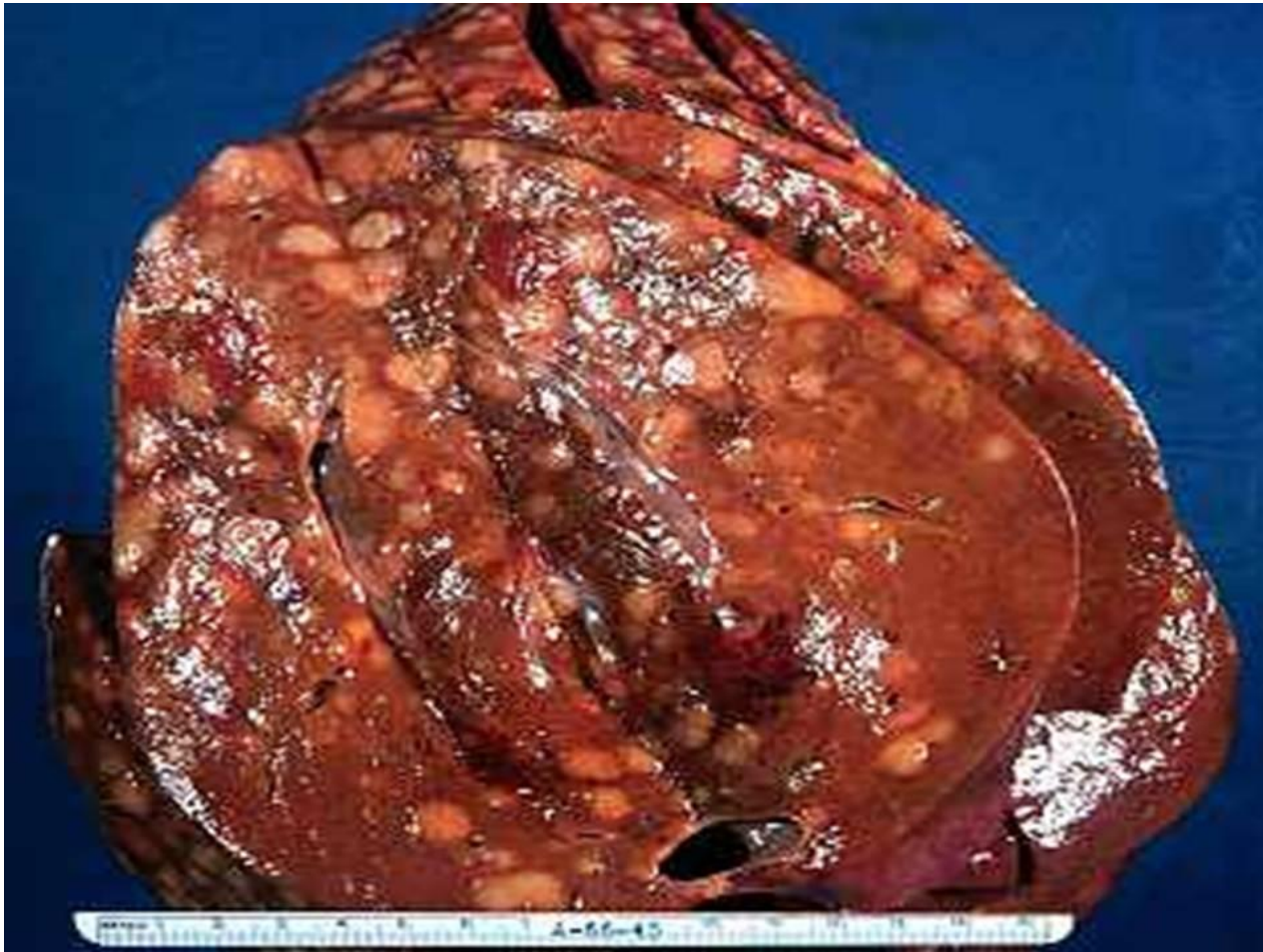


Healthy



Cirrhosis

Клетки печени крупнокапельное ожирение **печеночных** клеток

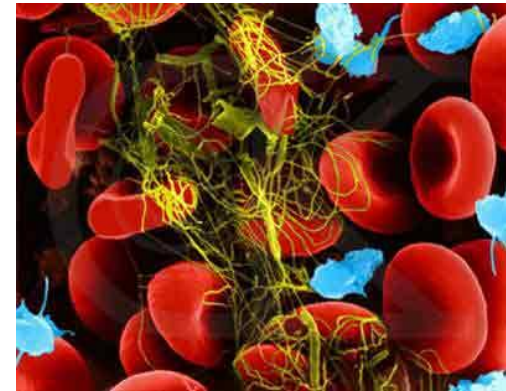


Лабораторные методы исследования

- Клинический анализ крови. У больных печеночной недостаточностью наблюдается тромбоцитопения. Развивается анемия. Может быть лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.
- Коагулограмма. У пациентов с печеночной недостаточностью наблюдается коагулопатия: тромбоцитопения, снижение протромбинового индекса

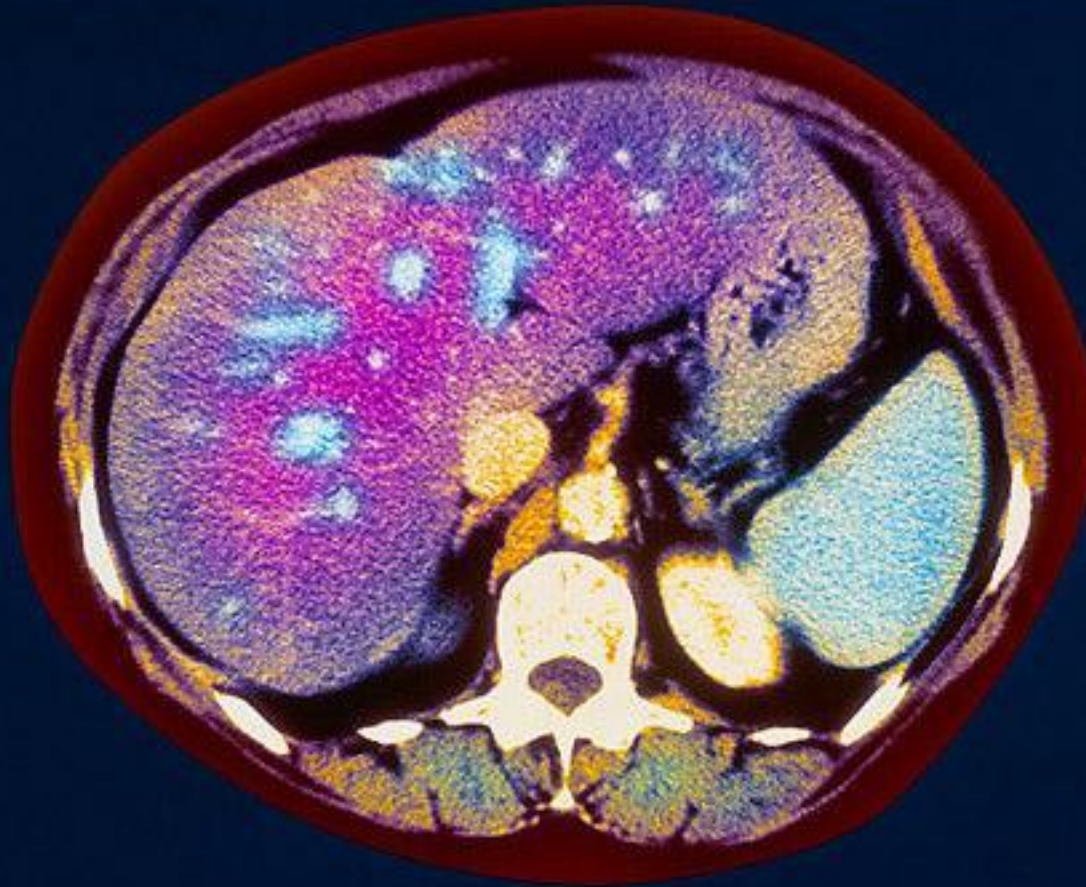


- **Анализы мочи.** При почечной недостаточности имеет значение определение параметров, характеризующих почечную функцию (белок, лейкоциты, эритроциты, креатинин , мочеваая кислота).
- **Биохимический анализ крови.** В биохимическом анализе крови пациентов с печеночной недостаточностью необходимо определять следующие показатели: аланинаминотрансферазу (АлАТ), аспартатаминотрансферазу (АсАТ), щелочную фосфатазу (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазу (ГГТП) , билирубин , альбумин , калий , натрий , креатинин .



Инструментальные методы

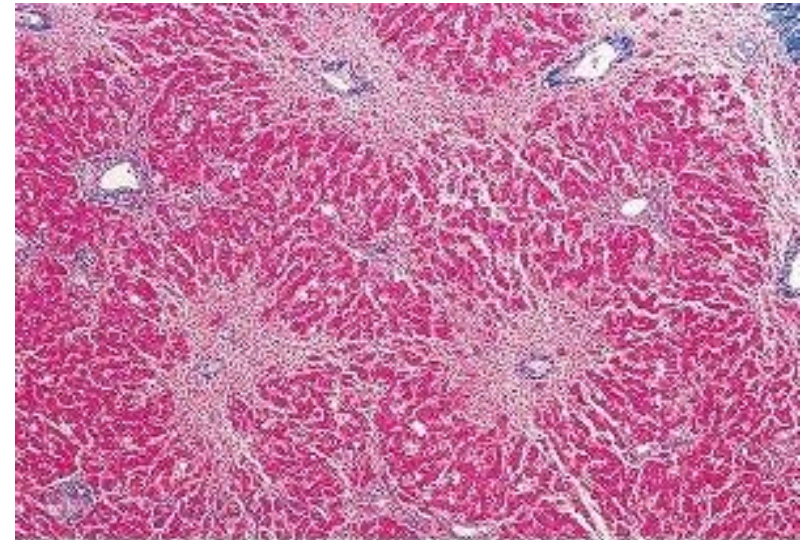
- УЗ
- По
- Ре
- Ко
- Ма
- То
- По



Ожирение печени. Компьютерная томография (КТ) .
Печень занимает большую часть брюшной полости вверху
слева направо (окрашено в фиолетовый).

Морфологическая картина острой печеночной недостаточности после приема парацетамола.

- Электроэнцефалография - ЭЭГ.
- Биопсия печени и брюшины.
- Радионуклидное сканирование.



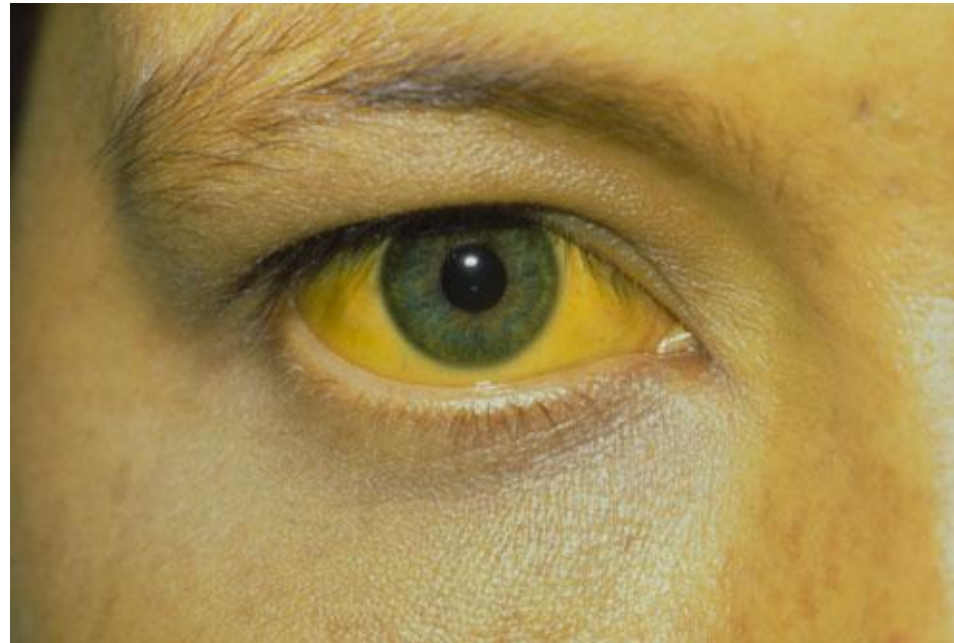
Морфологическая картина острой печеночной недостаточности после приема парацетамола.

Синдром острой печеночной недостаточности

- Нарушение многочисленных жизненно важных функций органа под воздействием токсических веществ (отравления ядами) или инфекций.

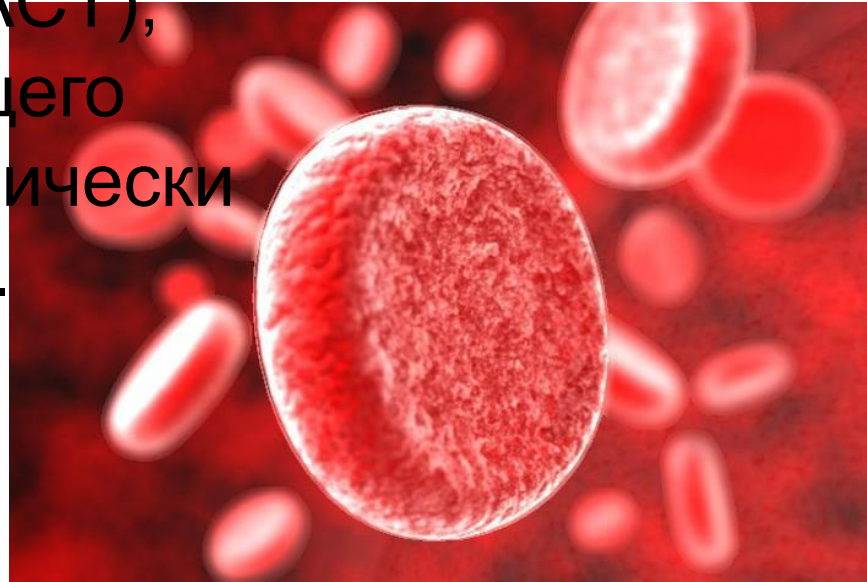
- Заболевание развивается в течение нескольких часов или дней непосредственно после начала действия патологического фактора

- Самыми частыми причинами острой печеночной недостаточности являются молниеносные (фульминантные) формы острого вирусного гепатита и лекарственные поражения печени.



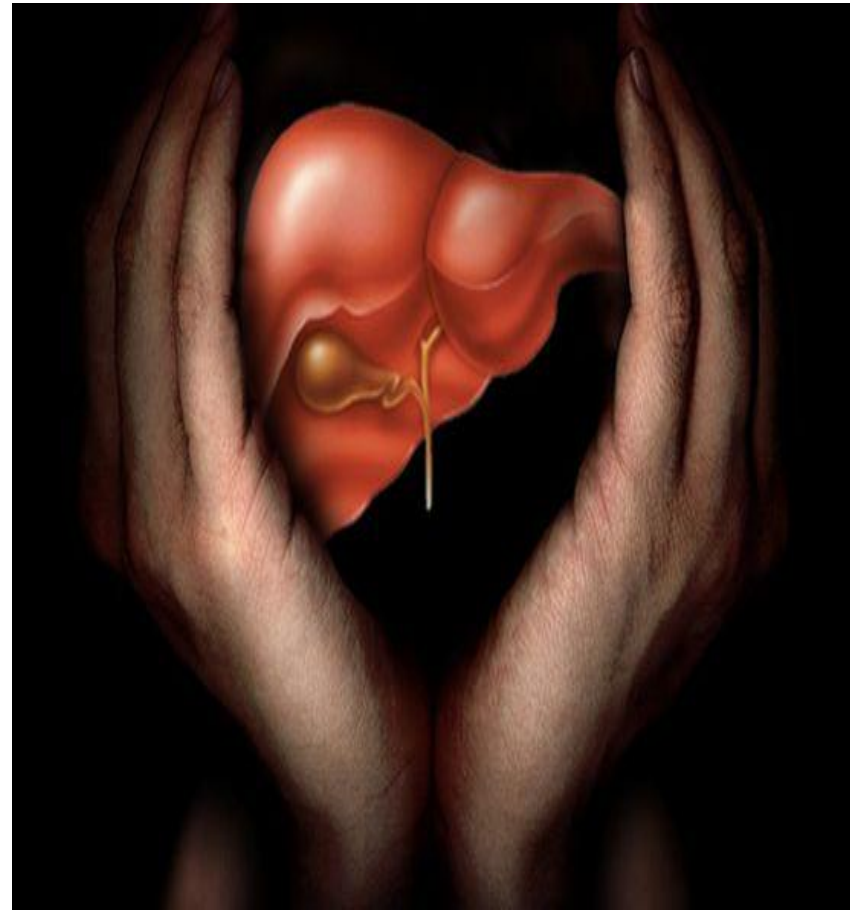
Для диагностики состояния острой недостаточности

- Используют биохимический анализ крови.
- При острых заболеваниях печени в сыворотке крови значительно повышается содержание аминотрансфераз (АЛТ и АСТ), щелочной фосфатазы, общего билирубина. Рентгенографически размер печени не изменен.



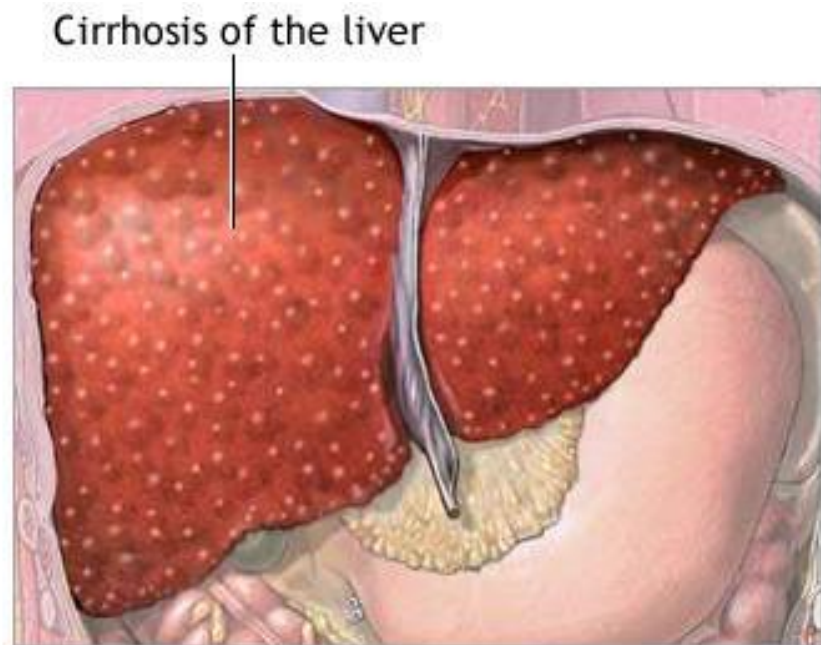
Лечение острой печеночной недостаточности

- Направлено на поддержание жизни организма до наступления регенерации печени
- При улучшении состояния назначают отвары трав (бессмертник, кукурузные рыльца, зверобой, ромашка), диетическую пищу (по выздоровлении рацион такой же, как при хронических заболеваниях).



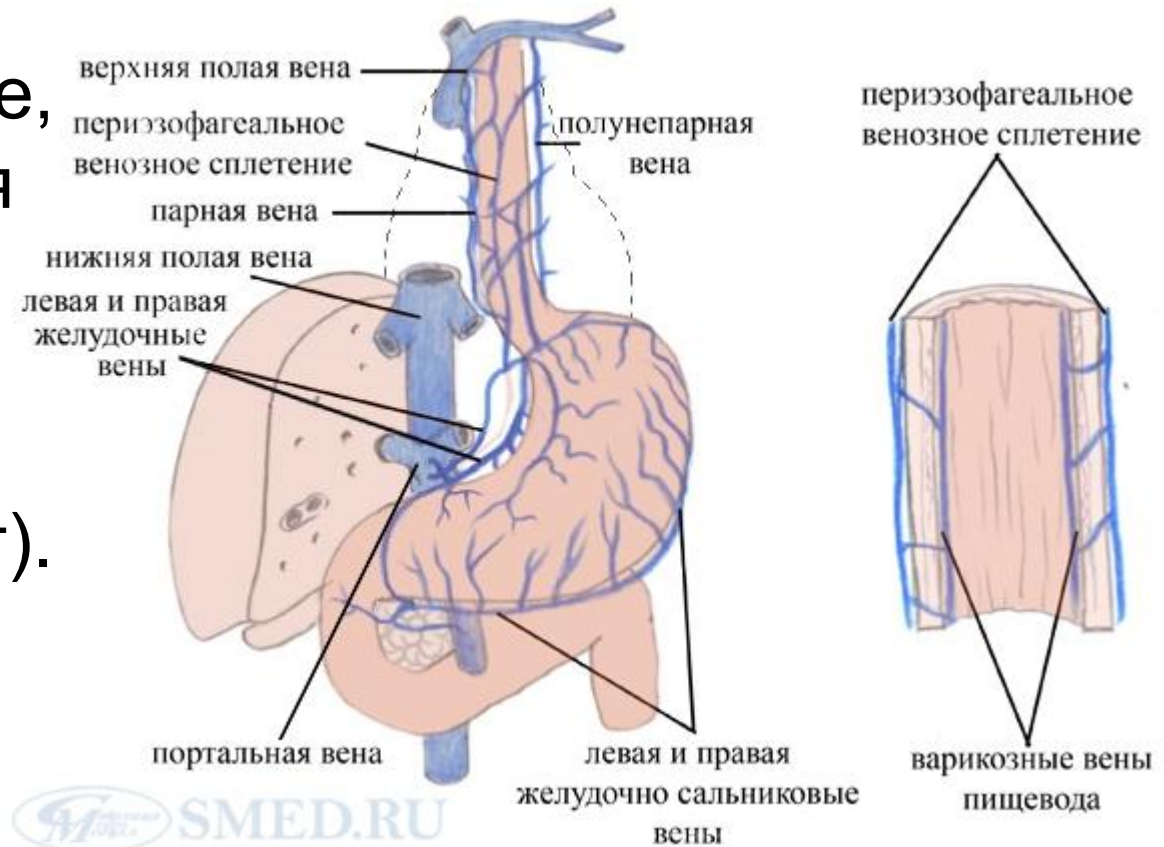
Хроническая печеночная недостаточность

- Возникает при прогрессировании многих хронических заболеваний печени (цирроз, злокачественные опухоли и т. д.).



При этом клинически:

- Нарушается кровообращение, что проявляется отеками конечностей и брюшной водянкой (асцит).
- Портальная гипертензия





628. Расширение вен передней брюшной стенки и асцит. Этот мужчина ежедневно выпивает около литра крепких спиртных напитков. Имеется покраснение ладоней, выраженное расширение вен передней брюшной стенки. На рис. **629—631** показано, как определить направление кровотока в венах.



651. Наружный геморроидальный узел.

- На
ра
и
кр
кр
об

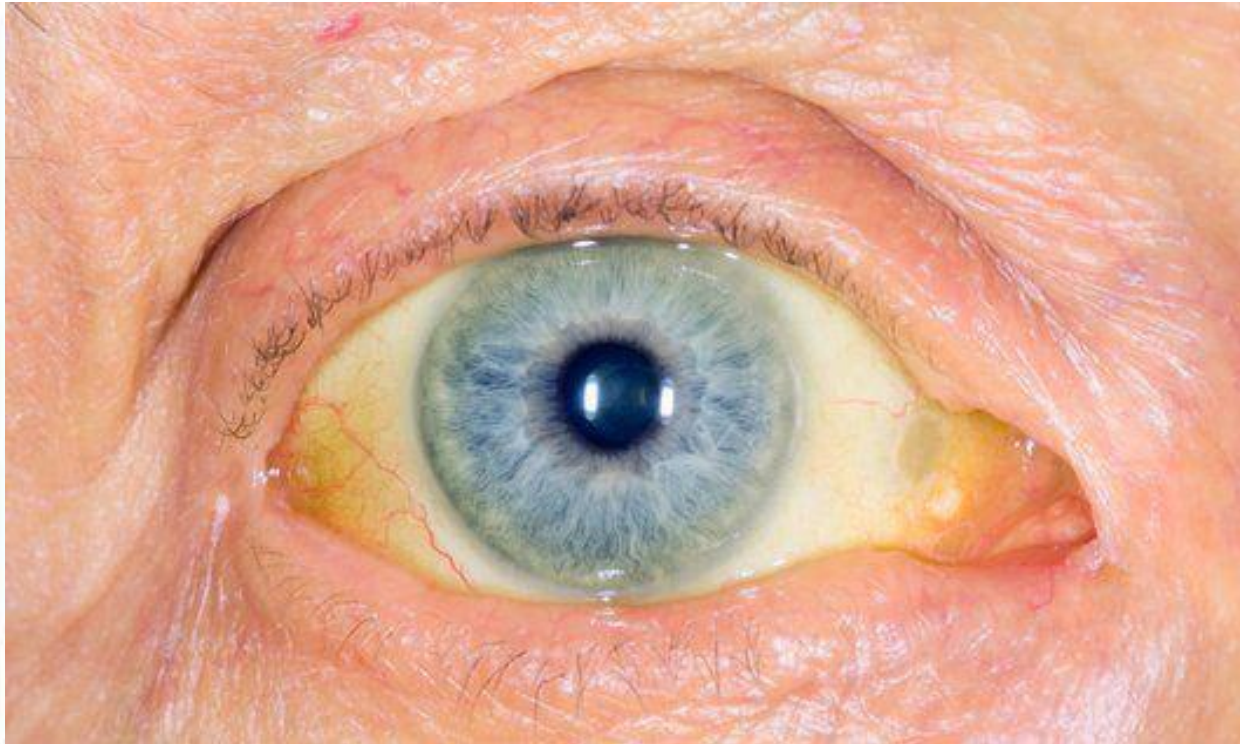


49. Сосудистая звездочка. Желтищ-

50. Сосудистая звездочка:
крупный плен (то же
большой). При надавлива-
нии на ее центральную
часть сосудистая звездочка
бледнеет; при отпускании
видно, как капилляры запол-
няются кровью.

у-
иче-
стая
пи-
н-
ез-
е-
це
о-
а
точ-
пе-
ю-

Эпизоды желтухи.



34. Желтуха. Слева — больная с желтухой, справа — без желтухи. Самый ранний признак — желтушность склер, которая появляется уже при уровне билирубина 50 мкмоль/л, что втрое выше нормы. В белых хорошо заметна желтушность закрытых участков тела. Кожу надо осматривать при дневном освещении. Обманчивое представление может дать желтоватая простыня или одежда (например, халат у больной справа), за желтуху можно принять и отложение липидов в конъюнктиве (у стариков и при гиперхолестеринемии).

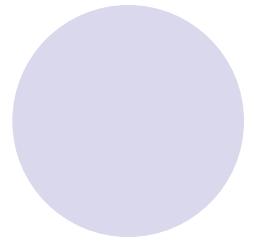
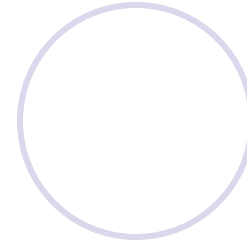
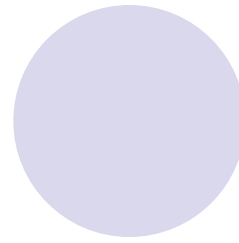
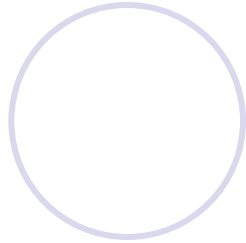
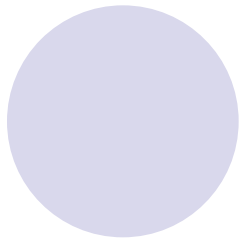
При повышении прямого билирубина в крови у больного на теле можно обнаружить расчесы



810. Расчесы на спине, в доступных для расчесывания местах. Расчесы обнаруживают при холестазах (зуд появляется раньше желтухи), почечной недостаточности, сахарном диабете. Зуд бывает вызван лекарственными средствами и наркотиками (например, кокаином). Другой признак зуда — полированные ногти (см. **472**).



288. Заеда, глоссит и шелушение кожи. У этого больного — истощение. Имеются заеда, глоссит («лакированный» язык), участки гиперпигментации и шелушения кожи.



- Если деятельность печени почти полностью прекращается, развивается тяжелое состояние, что приводит к тяжелой желтухе, больной находится в состоянии комы, непрерывно выделяет мочевую массу темного цвета (сладковатым запахом серы), слизистые оболочки бледные или желтые.



Дифференциальный диагноз острой и хронической печеночной недостаточности

Проявления острой печеночной недостаточности.

- Недлительный анамнез заболевания.
- Пациенты достаточного питания.
- Размеры печени уменьшены.
- Селезенка не увеличена.
- Сосудистые «звездочки» на теле больного отсутствуют.
- Симптомы энцефалопатии развиваются в ранние сроки от начала заболевания (через 8 недель).
- На фоне текущего заболевания возникает желтуха.
- Асцит после появления печеночной энцефалопатии развивается поздно.

Проявления хронической печеночной недостаточности.

- Длительный анамнез заболевания.
- Больной пониженного питания, имеется дефицит массы тела.
- Размеры печени увеличены.
- Селезенка увеличена.
- У пациента можно обнаружить печеночные ладони; на теле -сосудистые «звездочки»,
- Симптомы энцефалопатии развиваются в поздние сроки от начала заболевания.
- В анамнезе больного - эпизоды желтухи.
- Асцит обычно предшествует возникновению печеночной энцефалопатии, развивается в ранние сроки.

Лечение печеночной недостаточности

- Цели лечения

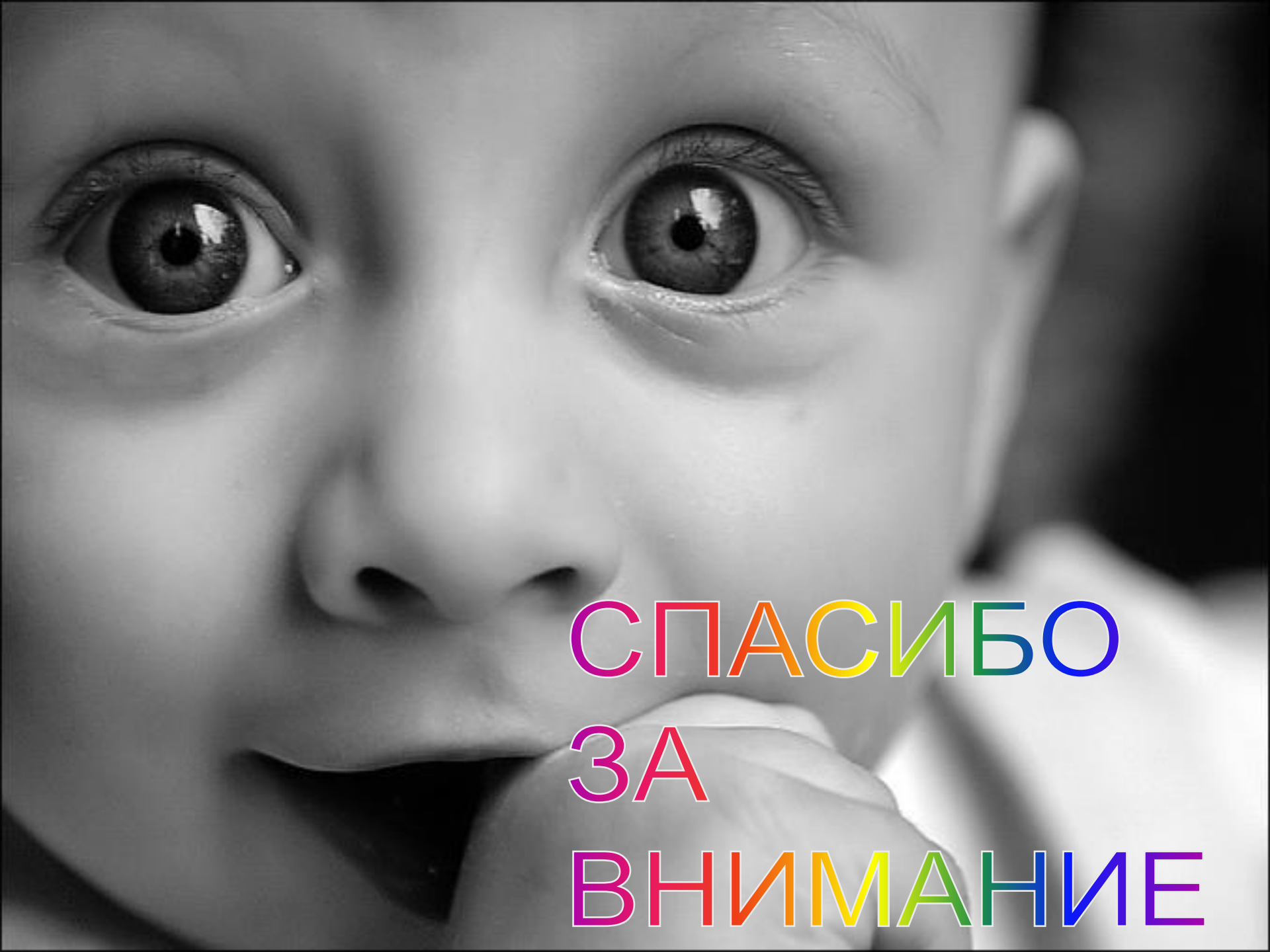
- Лечение заболеваний, вызвавших печеночную недостаточность.
- Профилактика и лечение печеночной энцефалопатии.





Лечение печеночной энцефалопатии

- Диетотерапия.
- Очищение кишечника.
- Антибактериальная терапия.
- Пациенты, с печеночной энцефалопатией 3 и 4 степени тяжести должны проходить лечение в реанимации.



СПАСИБО

ЗА

ВНИМАНИЕ