**ГОСТРА ПЕЧІНКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ**

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Печінкова недостатність проявляється гостро, характерними синдромами є диспептичні розлади, нудота, блювота, підйом температури, порушення функцій ЦНС, печінковий запах, наростання геморагічного синдрому (петехії, носові, маткові кровотечі), розширення вен передньої черевної стінки, іктеричность та свербіж шкіри, склер, печінкові долоні. В початковій стадії розвитку хвороби печінка може бути збільшеною, а при цирозах – зменшена. Гостра печінкова недостатність у дорослих переважно обумовлена цирозом печінки різної (найчастіше алкогольної) етіології в його кінцевії стадії або розвитком фульмінантного гепатиту. Необхідно звертати увагу на епідеміологічний, токсікологічний анамнез, супутні захворювання шлунково-кишкового тракту, онкоанамнез, спосіб життя (алкоголізм, наркоманія, токсікоманія).

Умови при яких повинна надаватись медична допомога

На догоспітальному етапі повинна надаватися невідкладна допомога (оцінка загального стану, катетеризування периферичної, а при можливості – центральної вени, встановлення шлункового зонду, сечового катетера, підтримка прохідності та адекватної вентиляції легень, проведення неінвазивного моніторингу: пульоксиметрія, вимірювання тиску, частоти дихання). Час транспортування хворого повинен бути мінімальним, необхідно завчасно попередити лікувальний заклад про госпіталізацію хворого, при цьому вказати його вік, стан життєво важливих функцій організму.

Хворих з гострою печінковою недостатністю госпіталізують у відділення інтенсивної терапії, а при інфекційних захворюваннях – у інфекційне відділення. При отруєннях, токсичних ураженнях пацієнтів бажано госпіталізувати у центри екстракорпоральної детоксикації.

Діагностична програма:

Збір анамнезу захворювання, візуальний огляд, оцінка загального стану хворого, оцінка стану свідомості за шкалою ком Глазго;

Вимірювання ЧСС, пульсоксиметрія, АТ, ЦВТ (катетеризація центральної вени), якщо можливо – СІ, ПСО;

Вимірювання діурезу;

Лабораторне обстеження:

визначення групи крові, резус-фактору;

загальний аналіз крові (вміст тромбоцитів, тривалість кровотечі);

загальний аналіз сечі (вміст жовчних пігментів, діастази);

копрограма;

коагулограма;

біохімічний аналіз крові (АЛТ, АСТ, загальний білірубін та його фракції, загальний вміст білку та його фракцій, креатинін, сечовина, a-амілаза);

аналіз крові на HbSAg, HbCAg, ПЦР на TORCH-інфекції;

ЕКГ;

УЗД органів черевної порожнини;

при можливості – біопсія печінки;

вимірювання показників КОС та лактату;

при отруєнні дослідження промивних вод шлунку;

Лікувальна програма

Інфузійна терапія: об’єм інфузії для детоксикації (з урахуванням перспераційних та патологічних втрат) 50-100 мл/кг з корекцією електролітів та КОС.

Відновлення енергетичних процесів, інфузія 10-20% глюкози в добовій дозі 5-10 г/кг, препарати для зняття набряку гепатоцитів;

Препарати, що зменшують цитоліз – гепатопротектори;

Препарати, що знижують рівень гіперамоніємії;

Для зменшення продукції аміака, токсинів та для звільнення кишківника від азотвмісних продуктів із ШКТ: промивання шлунку, сифонна клізма; для подавлення кишкової флори - антибіотики (неоміцин, аміноглікозиди, метронідазол).

Корекція гіпоальбумінемії;

При ознаках ДВЗ-синдрому без кровотечі: гепарини під контролем коагулограми;

Для корекції геморагічного синдрому, кровотечі: свіжезаморожена плазма, гемостатики;

Ентеросорбція;

Препарати для гальмування протеолітичного вибуху;

Антиоксиданти, мембраностабілізатори;

При печінковій енцефалопатії: обмеження поступлення білку до 40-60 г/добу. Протисудомна терапія;

При асциті петльові та дистальні діуретики, за показами - лапароцентез. При ускладненні асциту бактерільним перитонітом: антибактеріальна терапія;

Підтримка адекватної вентиляції, за показами проведення ШВЛ;

Методи екстракорпоральної детоксикації за показами;

Консультації спеціалістів: лікаря-інфекціоніста, хірурга, невропатолога, токсиколога.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Очікувані результати лікування – часткове відновлення функції печінки. В разі необхідності вирішувати питання щодо трансплантації печінки.

Тривалість лікування у відділенні інтенсивної терапії: в середньому від 2 до 4 тижнів, якщо немає ускладнень.

Критерії якості лікування

Стабілізація лабораторних та біохімічних показників (печінкових проб), системи згортання крові, газообміну, зникнення або зменшення жовтяниці, відновлення свідомості та газообміну в легенях, діурезу, зникнення судом.

Можливі побічні дії та ускладнення

-печінкова енцефалопатія;

-набряк мозку;

-печінкова кома;

-ниркова недостатність;

-дихальна недостатність;

-кардіоваскулярні розлади;

-розлади кислотно-лужного стану та дисбаланс електролітів;

-коагулопатія та кровотеча;

-сепсис;

-панкреатит;

-портальна гіпертензія;

-асцит та печінковий гідроторакс;

-спонтанний бактеріальний перитоніт;

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

профілактика поліорганної недостатності (легеневої, ниркової, серцево-судинної, коагулопатії, панкреатиту;

профілактика інфекційних ускладнень;

профілактика кровотечі з вен стравоходу, шлунку, кишківника;

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворим необхідно забезпечити повноцінну за калорійністю та якістю вуглеводну дієту, з введенням їжі ентеральним (шлунковим чи інтестинальним) або парентеральним шляхом.

Після стабілізації стану хворого – перевод до хірургічного, терапевтичного або гастроентерологічного відділення.