

## Клінічний протокол

### Надання медичної допомоги хворим і постраждалим з **гострою печінковою недостатністю** **Код за МКХ 10: KХІ K72.0**

#### 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, іктеричність 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 кінцевій стадії або розвитком фульмінантного гепатиту. Необхідно звертати увагу на епідеміологічний, токсикологічний анамнез, супутні захворювання шлунково-кишкового тракту, онкоанамнез, спосіб життя (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія).

#### Умови при яких повинна надаватись медична допомога

На догоспітальному етапі повинна надаватись 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: пульсоксиметрія, 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:

1. Збір анамнезу захворювання, візуальний огляд, оцінка загального стану хворого, оцінка стану свідомості за шкалою ком Глазго;
2. Вимірювання ЧСС, пульсоксиметрія, АТ, ЦВТ (катетеризація центральної вени), якщо можливо – СІ, ПСО;
3. Вимірювання діурезу;
4. 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,  $\alpha$ -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**

1. Інфузійна терапія: об'єм інфузії для детоксикації (з урахуванням перспераційних та патологічних втрат) 50-100 мл/кг з корекцією електролітів та КОС.
2. Відновлення енергетичних процесів, інфузія 10-20% глюкози в добовій дозі 5-10 г/кг, препарати для зняття набряку гепатоцитів;
3. Препарати, що зменшують цитоліз – гепатопротектори;
4. Препарати, що знижують рівень гіперамоніємії;
5. 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).
6. Корекція гіпоальбумінемії;
7. При ознаках ДВЗ-синдрому без кровотечі: гепарини під контролем коагулограми;
8. Для корекції геморагічного синдрому, кровотечі: свіжезаморожена плазма, гемостатики;
9. Ентеросорбція;
10. Препарати для гальмування протеолітичного вибуху;
11. Антиоксиданти, мембраностабілізатори;
12. При печінковій енцефалопатії: обмеження поступлення білку до 40-60 г/добу. Протисудомна терапія;
13. При асциті петльові та дистальні діуретики, за показами - лапароцентез. При ускладненні асциту бактеріальним перитонітом: **антибактеріальна терапія**;
14. Підтримка адекватної вентиляції, за показами проведення ШВЛ;
15. Методи екстракорпоральної детоксикації за показами;
16. 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 – перевед до хірургічного, терапевтичного або гастроентерологічного відділення.

**Директор департаменту організації  
та розвитку медичної допомоги населенню**

**Моїсєнко Р. О.**

