
ОСТРЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГЕПАТИТ

Ж.А. Надьркулов

г. Тараз

Эта нозологическая форма описана английскими исследователями A.G. Beckett и соавторами в 1961 году. С начала 70-х годов прошлого XX столетия и далее её удельный вес среди всех острых гепатитов, особенно у мужчин среднего и пожилого возраста, медленно, но неуклонно увеличивался.

Острый алкогольный гепатит – одно из звеньев алкогольной болезни печени, к которой можно отнести:

- алкогольную гепатомегалию;
- жировую дистрофию печени с мезенхиальной реакцией (хронический алкогольный гепатит);
- острый алкогольный гепатит;
- алкогольный цирроз печени.

Имеются и другие классификации алкогольной болезни печени, в частности предложенная А.С. Мухиным (1980).

Важно подчеркнуть ключевое значение острого алкогольного гепатита в развитии алкогольного цирроза печени.

Для острого алкогольного гепатита характерны:

- а) жировая дистрофия печени, на фоне которой развиваются очаговые некрозы, тяготеющие к центру дольки;
- б) мезенхимально-клеточная реакция с преобладанием в инфильтратах нейтрофилов;
- в) присутствие алкогольного гиалина в гепатоцитах.

Острый алкогольный гепатит может развиваться только после употребления большого количества алкоголя, обычно - после запоя. К сожалению, в большинстве случаев больному, особенно на первых порах, удаётся скрыть от врача это обстоятельство и тем породить ненужные диагностические трудности. В связи с этим большое значение имеет прямая и непрямая диагностика интоксикации алкоголем.

При острой алкогольной интоксикации наряду с печенью, что закономерно, также повреждаются большой дуоденальный сосок и поджелудочная железа. Эти изменения приводят к отчётливым, но кратковременным (24-48 часов) нарушениям продвижения желчи по желчным путям и повышению активности ферментов – в первую очередь глутаматдегидрогеназы и в несколько меньшей степени аминотрансфераз и амилазы. Чем длительнее интоксикация алкоголем, тем отчётливее и дольше наблюдается последующая гиперуробилинурия.

Развёрнутая картина острого алкогольного гепатита весьма тяжела. Часто наблюдаются анорексия, тошнота, рвота, разной интенсивности боли в верхней половине живота. Больной бывает оглушен, эйфоричен, неадекватен. При заболевании средней тяжести, а особенно при тяжёлых формах,

более чем у 80% больных развивается энцефалопатия. Поражение головного мозга отличается от таковых при остром вирусном гепатите следующими особенностями. Во-первых, тяжесть энцефалопатии не всегда прямо коррелирует с тяжестью поражения печени, как это бывает при остром вирусном гепатите. Во-вторых, при остром алкогольном гепатите бывают самые различные формы энцефалопатии:

- 1) белая горячка;
- 2) корсаковский психоз;
- 3) энцефалопатия Гайе – Вернике;
- 4) токсический пахименингоэнцефалит.

В части случаев, по мере прогрессирования гепатита, алкогольная энцефалопатия сменяется печеночно-клеточной.

Осмотр больного выявляет достаточно характерные данные:

- расширение сосудов кожи лица;
- грязновато-коричневую окраску шеи;
- сосудистые звездочки в «зоне декольте»;
- гинекомастию; контрактуру Дюпюитрена.

Эти симптомы наблюдаются часто, и хотя бы один из них отмечается почти всегда – у 94,5% больных.

Важное значение имеет осмотр языка. Не позднее 12-36 часов после окончания запоя изменения языка наблюдается у 91-94% больных. При употреблении большого количества крепких напитков язык иногда сухой, покрыт черным струпом, чаще он отечен, с густым белым налетом; характерен мелкий тремор языка.

При тяжёлом остром алкогольном гепатите часто наблюдается отечно-асцитический синдром. В наших наблюдениях он регистрировался у 13 из 56 больных, т.е. у 23,2% от числа наблюдаемых больных; из этих 13 больных 11 человек умерли в течение ближайшего года.

У большинства больных острым алкогольным гепатитом печень была увеличена и гораздо более плотная, чем при остром вирусном гепатите. Отчетливое увеличение печени (на 3 см и более) мы наблюдали у 51 больного из 56 наблюдаемых больных. У части из них печень достигла огромных размеров, выступая на 8-12 см из-под реберной дуги. В этих случаях можно говорить об опухолевидных формах острого алкогольного гепатита.

Острый алкогольный гепатит отличается от острого вирусного гепатита частотой нефропатий, полинейропатий и миопатий. Наблюдается также нейтрофильный лейкоцитоз и увеличенная СОЭ.

При остром алкогольном гепатите, так же как и при остром вирусном гепатите, выделяется несколько «атипичных» клинических вариантов:

- а) латентный;
- б) отечно-асцитический;
- в) холестатический;
- г) болевой;
- д) опухолевидный.

Несравненно чаще, чем при остром вирусном гепатите, наблюдаются рецидивы.

По данным А.С. Мухина - у 8,3% больных, а по нашим данным – у 19,6% больных острым алкогольным гепатитом обнаруживается поверхностный антиген гепатита В. Большинство из них – вирусоносители.

Мы предлагаем следующие ориентировочные критерии для выделения тяжёлых форм острого алкогольного гепатита:

- общеклинические признаки гепатодепрессивного синдрома;

- гипербилирубинемия свыше 102,6 мкмоль/л (6,0 мг %);
- снижение протромбинового индекса ниже 60% и уровня проконвертина ниже 45%;
- повышение содержания аммиака сыворотки крови более 140 мкг % (100,2 мкмоль/л).

Дополнительные критерии: появление асцита и геморрагического синдрома.

Острый алкогольный гепатит относится к наиболее тяжёлым формам острого гепатита. Летальность его при клинически выраженных формах равна 5-10%, т.е. в 10-20 раз превышает таковую при остром вирусном гепатите.

Повторное заболевания острым алкогольным гепатитом сопровождаются удручающе высокой летальностью, достигающей 15 – 25%.

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ

М.К. Нуркимбаев, Б.У. Мукарова, С.А. Сафина

г. Павлодар

В практике врача специализированной бригады наибольший процент (47%) составляют больные с алкогольными психозами. Из острых алкогольных психозов самым распространенным является «Белая горячка» (delirium tremens). В последнее время число пациентов с данной патологией несколько уменьшилось.

Алкогольный делирий возникает у лиц, длительно злоупотреблявших приемом алкоголя, на фоне абстинентного синдрома, прерывания запоя, перенесенных черепно-мозговых травм, сопутствующих соматический заболеваний.

Алкогольный делирий встречается в практике врачей других специальностей: наркологов, психиатров, травматологов, хирургов, реаниматологов, терапевтов и др., поэтому важно знать клинические проявления алкогольного делирия, уметь диагностировать и оказывать медицинскую помощь данной категории больных.

Патогенез алкогольного делирия до конца не понятен. Обращают на себя внимание изменения содержания калия в организме, тяжелое нарушение обмена веществ, дефицит витаминов группы В, жирорастворимых витаминов А и К, а также прямое нейротоксическое действие этанола и его метаболитов, снижение содержания ГАМК в центральной нервной системе (ЦНС).

Симптоматика делириозного синдрома обычно представлена состоянием помрачения сознания с нарушением способности ориентироваться по месту и времени, преобладанием зрительных обманов (галлюцинаций, иллюзий, парейдолий), сочетающихся

ся с образным бредом (наплывом разрозненных, непоследовательных, нестойких, отрывочных представлений), двигательным возбуждением. Кроме психических симптомов, характерных для алкогольного делирия, его также сопровождают соматоневрологические симптомы. В целом при алкогольном делирии выделяют три основных синдрома:

- синдром органического поражения мозга;
- психотический синдром;
- синдром вегетативной дисрегуляции.

Синдром органического поражения мозга проявляется снижением памяти, дезориентацией, сенсорной сверхчувствительностью, психомоторной возбудимостью, нарушением сна, аффективной лабильностью (эйфория, депрессия, страхи), изменением уровня сознания (вплоть до комы), эпилептическими припадками. Эти симптомы вызваны первичным снижением д - аминобутирергического контроля и холинергической недостаточностью.

Психотический синдром проявляется иллюзиями, зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями, повышенной внушаемостью. Симптомы отражают в основном допаминовую гиперреактивность.

Вегетативный дисбаланс проявляется гиперреактивностью симпатoadреналовой системы и парасимпатической недостаточностью. Для него характерны: гипертермия до 38-38,5⁰С (более высокая лихорадка характерна скорее для инфекции), артериальная гипертензия до 180/110мм рт. ст. (более выраженная гипертензия заставляет искать другую причину), тахикардия, тремор, потливость, гиперрефлексия.