

**Показаниями к хирургическому лечению** являются: невозможность остановки кровотечения, его быстрые рецидивы после гемостаза, необходимость применения больших доз консервированной крови (свыше 6 доз в течение 24 часов). При циррозах печени классов А и В по Чайлду предпочтение отдают трансюгулярному внутripеченочному портосистемному шунтированию, при циррозе класса С – транссекции пищевода.

Летальность при кровотечениях из варикозных узлов зависит от функционального состояния печени и достигает при циррозе класса С по Чайлду 50%.

**Профилактика** повторных кровотечений из варикозно расширенных вен заключается в своевременном проведении шунтирующей операции или склерозирующей терапии. Из лекарственных средств с этой целью применяют  **$\beta$ -адреноблокаторы**, снижающие давление в портальной системе. По данным мета-анализа 19 проспективных исследований пришли к выводу о том, что  $\beta$ -адреноблокаторы в сравнении с плацебо снижают частоту повторных кровотечений и улучшают отдаленный прогноз. Повторный анализ с использованием более строгих критериев подтвердил снижение частоты кровотечений, но не позволил выявить благоприятное влияние  $\beta$ -адреноблокаторов на смертность больных.

Использование **таблетированных нитратов** (дозы, снижающие систолическое артериальное давление до 90 мм.рт.ст.) ограничено в связи с усилением тахикардии у больных циррозом печени.

## ПЕЧЁНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ И КОМА

Печёночная энцефалопатия является предстадией печёночной комы и включает нарушения сознания, нервно-мышечные расстройства, возникающие вследствие печёночно-клеточной недостаточности или portoкавальных анастомозов.

**Механизм развития** печёночной энцефалопатии и комы до конца неясен. В его основе лежат нарушение печеночного клиренса субстанций, продуцируемых в кишке, печеночная недостаточность и портосистемное шунтирование.

**Клиническая картина** комплексная, содержит психические и неврологические отклонения. Они объединены в следующие группы.

**Расстройства сознания** обычно связаны с нарушением ритма сна, который постепенно приобретает инверсию. Ранние признаки включают уменьшение двигательной активности пациента, фиксированный взгляд, замедленные и краткие ответы на вопросы. При прогрессировании состояния больной отвечает только на интенсивный стимул, затем развивается кома. Быстро прогрессирующие изменения сознания могут сопровождаться бредом.

Изменения личности более заметны при хронических заболеваниях печени; они включают ребяческое поведение, раздражительность, потерю интереса к семье. Такие пациенты даже в период ремиссии имеют легкие личностные отклонения (веселое эйфоричное настроение, легко вступают в контакт).

Изменения интеллекта варьируют, наиболее ранние из них включают изменение почерка, отсутствие пространственного мышления (невозможность сложить простую фигуру из кубиков или спичек, пройти цифровой лабиринт).