

616.36—008.64—036.—12—08

LÉČBA CHRONICKÝCH JATERNÍCH SELHÁVÁNÍ

Major MUDr. Josef GLŮCK

Vojenská poliklinika v Písku, interní oddělení

(náč. pplk. MUDr. Jaroslav Krejčíř)

Okresní ústav národního zdraví Písek, interní oddělení

(primář MUDr. Augustin Süß)

Počet jaterních onemocnění v posledních 25 letech stoupá na celém světě (4). Na našem pracovišti v letech 1966—1968 z 834 zemřelých bylo 12 pacientů, kteří zemřeli v důsledku jaterního selhání při cirhóze (10 mužů, 2 ženy). Je to 1,48 % z celkového počtu zemřelých. Všechny diagnózy byly ověřeny sekci. Laboratorní diagnostika hepatopatií značně pokročila a spolu s jaterní biopsií upřesní diagnózu u většiny pacientů. Léčba chronických jaterních selhávání přecházejících terminálně do jaterního kómatu zůstává i nadále velmi svízelným terapeutickým problémem a ve většině případů, zvláště u rozsáhlých postižení jaterního parenchymu, je málo úspěšná.

Terapie

K zásadám léčby patří kromě klidu na lůžku máloproteinová dieta k zamezení vzestupu hladiny amoniaku a jiných zplodin bílkovinného metabolismu v krvi, kterým se přisuzuje, při neschopnosti jater je detoxikovat, hlavní podíl na vzniku portosystémové encefalopatie (1, 5, 9). Dáváme 0,5—1,0 gr bílkovin/kg váhy. Příznivý vliv na jaterní parenchym mají infuze glukózy, němečtí autoři preferují levulózu pro její příznivější utilizaci (14). Při krvácení z jícnových varixů při jaterní cirhóze kromě stavění krvácení mechanicky a hemostyptiky provádíme i rektální klyzmata. Vstřebávání natrávené krve může prohloubit nastupující komatózní stav. K vzestupu amoniaku v krvi dochází rozkladem bílkovin ve střevě působením střevních bakterií. K snížení počtu střevních bakterií se nejčastěji užívá aureomycin a neomycin doporučený Kredbou (5, 10). O vhodnosti aplikace antibiotik tetracyklinové řady u jaterních lézí není dosud v literatuře jednotný názor (13). Zvláště se nedoporučují jejich venózní aplikace, i když pacienti po perorálním užívání často zvracejí. Podáváme i.m. průměrně 3 × 100 mg Tetracyklinu.

I názory na podávání glukokortikoidů se liší, přesto se na většině pracovišť podávají (2,5), buď v perorální (Prednison, Triamcinolon) nebo i. v. aplikaci (Hydrocortison). O významu kyseliny tioktové při léčbě chronických jaterních selhávání se v poslední době již tolik nereferuje, svůj význam má v infúzích až 200 mg na den u akutních otrav, např. houbami (6), kde potencuje zablokované enzymatické reakce. Rovněž dříve propagovaná kyselina glutamová (10) se dnes izolovaně prakticky nepoužívá. Nedostatek albuminů u jaterních selhávání spolu s retencí Na vede k tvorbě edémů a ascitu, často refrakterních na léčbu. Je nutno dbát na doplnění albuminového deficitu. K aplikaci se hodí lidský albumin, event. plazma. Z palety diuretik lze použít ze saluretik Lasix (Furosemid), Brinaldix, ze rtuťových diuretik Mercuretin, Uragan. Podávání thiazidových diuretik u rozsáhlých jaterních lézí není vhodné pro vznikající hypokalemii. U rezistentních otoků se aplikují antagonisté aldosteronu (Spirolacton, Aldacton, Metopiron). Relativní indikací k léčbě edémových stavů při dekompenzovaných jaterních cirhózách má i manitol. Břišní punkce ascitu má jistá rizika a navíc ochuzuje organismus o cenné proteiny. Přímět jaterní parenchym k regeneraci se snažíme různými preparáty. Užívá se např. Sirepar, Ripason (4). Mechanismus jejich působení je komplexní, účinky jsou obdobné. Podílí se na něm detoxikační i konjugace schopnosti jaterně-parenchymatózní faktor, vitamín B₁₂, kyselina orotová. Preparáty zlepšují funkci jater jako celku, upravují porušený metabolismus bílkovin a tuků. Větší význam mají u chronických poruch jaterního parenchymu, např. u cirhóz, v kompenzovaném stadiu. Oba preparáty výrazně snižují hodnoty BSF testu a Thymol. Ripason navíc působí příznivě i na myokard a ledvinu. Sirepar je pro vysoký obsah aminokyselin kontraindikován u jaterní encefalopatie a u infekční žloutenky. Léčebnou kúru Sireparem

provádíme denně v infúzích, ev. 3krát týdně po 2–3 ml i. m. do celkové dávky 100 ml i ambulantně.

Toxicita etanolu pro jaterní buňku je předmětem diskuse, steatóza vzniká jen u 9 % etyliků (11). Absolutní abstinenci považujeme přesto za nezbytný předpoklad léčebného úspěchu, zvl. u chronických jaterních onemocnění. Účinek lipotropních látek cholinu a methioninu je sporný (5), u dekompenzované cirhózy vážné jejich utilizace, navíc se mohou podílet na vzniku portosystémové encefalopatie. Methionin v dávce 2–5 gr může vyvolat až komatózní stav z auto-intoxikace amoniakem. Zajímavé je sdělení Blahníkové a spol. (7), kteří používali tzv. polyvalentní infúzní směsi zasahující příznivě do metabolického rozvratu při jaterní encefalopatii. Jedním z preparátů je Tutofusin CH (Pfrimmer), který obsahuje látky účastnící se metabolismu amoniaku (arginin, ornitin, kyselina asparagová, kyselina glutámová), energetické děje při detoxikaci má podpořit sorbit. Vitamíny ve směsi zastupuje pyridoxin, amid kyseliny nikotinové, kyselina listová, hydroxykobalamin. Jejich úkolem je úprava porušeného jaterního metabolismu. Dále jsou ve směsi K, Mg, sulfáty. Tutofusin se podává v infúzi 500 ml/den. Léčba tímto preparátem předpokládá část funkčně schopného jaterního parenchymu a hodí se u chronických jaterních postižení. Její význam je podpůrný, nenahradí ostatní léčebné metody, slouží hlavně k zábraně ireverzibilních poškození CNS. Anabolické steroidy sice přímo průběh jaterní encefalopatie neovlivní, Horký a spol. (8) však upozorňují na příznivý účinek Superanabolonu na retenci K u jaterních lézí. Obdobný Demalon tento účinek postrádá, kromě toho může zhoršit klinicko-laboratorní obraz u některých nemocných. Demalon je navíc potencionálně hepatotoxický. K prevenci hemorrahgií podáváme K vitamín k zvýšení protrombinové hladiny. Kredba (5) se zmiňuje o některých dalších perspektivních léčebných postupech při jaterních selháních, citovaných z anglosaské literatury, které jsou technicky velmi náročné a vykazují jen dílčí úspěchy a úzdravu jen u jednotlivců. Jde o exsanguinační transfúze v sériích až 30 l převedené krve. Jsou popsány přežití u jaterního kómatu, zejména při infekční žloutence. Technicky složitější než tato metoda je plazmaferéza (3), při které se nemocným odebírá velké množství krve, která je nahrazena plazmou a erytrocyty se po úpravě pacientovi vracejí. Zkřížená cirkulace krve, kdy je nemocný napojen na jedince se zdravými játry, má pro dárce jistou rizikovost. Dalším mimotělním oběhem jsou he-

terologní perfúze přes izolovaná vepřová játra. Všechny tyto metody jsou perspektivní. Při rozsáhlé nekróze jater jsou neúspěšné, význam mají tam, kde se podaří překlenout kritické období, než dojde k regeneraci vlastních jaterních buněk nemocného. Zatím jsou ve stadiu spíše pokusů než rutinních léčebných metod a jsou vyhrazena pro selektivní klinická pracoviště.

Závěr

Léčba jaterních selhávání v průběhu chronických jaterních onemocnění zůstává i přes některé dílčí úspěchy složitým problémem. Komplexní a individuální přístup ke každému nemocnému a strážlivý prognostický odhad jsou nezbytné. Cílem léčby je snaha přimět jaterní parenchym k regeneraci. Léčebných prostředků je celá řada, některé se zatím vymykají našim technickým možnostem.

Souhrn

Autor diskutuje současné léčebné možnosti při chronickém jaterním selhávání, poukazuje na jejich výhody i nevýhody, nastiňuje některé perspektivní léčebné metody.

Literatura

1. Hoenig, V.: Choroby jater a žlučových cest v praxi. Praha, SZdN 1968, str. 57–66, 107–177.
2. Holomáň, K.: Léčba chronické hepatitidy. ČLČ 106, 1967, 46:1224–1227.
3. Šmálik, S., Beranová, G., Džávik, V.: O plazmaferéze. Praktický lékař, 47, 1967, 6:206–208.
4. Fassati, P., Fassati, M.: Léčba kompenzovaných chronických hepatopatií Sireparem a Ripasonem. ČLČ, 106, 1967, 43:1143–1150.
5. Kredba, V.: Léčení jaterního selhání. Praktický lékař, 48, 1968, 20:781–782.
6. Glüick, J.: Problematika léčení otrav houbami, zvl. muchomůrkou hlízovitou. Voj. zdrav. listy, 37, 1968, 3:131–134.
7. Blahníková, L., Horký, J., Honzák, R.: Naše zkušenosti s použitím polyvalentní infúzní směsi při jaterní encefalopatii. Čs. gastroenterologie a výživa 22, 1968, 5:293–300.
8. Horký, J., Vojtěchovský, M.: Příspěvek ke změnám eeg u chronických hepatopatií. Čs. gastroenterologie a výživa 19, 1965, 8:497–498.
10. Kredba, V.: Léčení jaterního kómatu. Praktický lékař, 39, 1959, 1:20–23.
11. Brixová, E., Niederland, T. E., Džuríková, V.: Experimentální steatóza pečene vyvolaná ethylalkoholem. Čs. gastroenterologie a výživa 22, 1968, 3:151–161.
12. Böttner, H.: Alkoholismus, Fettleber und Leberzirrhose, Deutsche Med. Welt 19, 1968, 52:2857–2861.
13. Modr, Heřmanský, Vlček: Antibiotika a jejich léčivé formy. Praha, SZdN 1964.
14. Schütterle, G., Schultis, K.: Zur therapie der Knollenblätterpilzvergiftung. Deutsche Med. Welt 18, 1967, 6:312–316.