До 10-річчя АМЗ України

СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

2
2003

УДК: 616.36-008.64-036.111

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРМІНОЛОГІЇ ТА КЛАСИФІКАЦІЇ ФУЛЬМІНАНТНОЇ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Ж.І. ВОЗІАНОВА, А.М. ПЕЧІНКА, А.В. ШКУРБА
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ,
кафедра інфекційних хвороб,
зав. кафедри академік АМН, професор Ж.І. Возіанова

ключові слова:
вірусні гепатити, фульмінантний перебіг, класифікація

Проблема термінології та класифікації в клініці вірусних гепатитів і взагалі уражень печінки є однією із найважливіших і найменш вирішених та дискусійних. Про це свідчить хоча б перелік назв варіанту розвитку вірусного гепатиту, при якому розвинулася гостра печінкова недостатність.

Термінологічні суперечки розпочалися ще в далекому минулому. Ще в 1842 році C. Rokitansky вперше застосував поняття "гостра жовта атрофія печінки", яку вважав самостійною нозологічною одиницею невідомого походження. Дещо пізніше у низці праць видатний російський терапевт С.П. Боткін (1888) пов'язав "гостру жовту атрофію печінки" з катаральною жовтяницею. Він стверджував, що так звана катаральна жовтяниця є інфекційним захворюванням, а "гостра жовта атрофія печінки" є найвищим за тяжкістю проявом тих змін, що виникають при цьому захворюванні.

У 1924 році C. Herxheimer, ґрунтуючись на тому, що під час патологоанатомічного дослідження печінки загиблих від вірусного гепатиту не виявляли атрофії цього органа, запропонував замінити термін "гостра жовта атрофія печінки" на "гепатодистрофія", адже виявляли в ній жирову або білкову дистрофію. Дещо пізніше пропонувалися терміни "гепатаргія", "токсична дистрофія печінки", однак і вони не найшли широкого застосування [6].

У 1946 році J. Lucke та J. Mellory вперше застосували термін "фульмінантний" для визначення блискавичних форм "епідемічного" гепатиту, які закінчувалися смертю хворих протягом перших 10 діб хвороби. Popper H., Scherrner H. (1957) виявили при цьому масивний некроз печінки та запропонували морфологічний термін "масивний некроз печінки" [6].

Проте й цей термін не отримав у подальшому значного поширення, адже ні він, ні жоден з його попередників не могли влучно, однією фразою відобразити той складний, багатогранний процесс розвитку своєрідної поліорганної недостатності з розмаїттям клінічної симптоматики, в основі якої знаходилося глибоке ураження печінки. Застосовувалися також терміни "гостра печінкова енцефалопатія", "швидкоплинна печінкова недостатність" [7], "печінкова кома", "печінкова недостатність з енцефалопатією", "фульмінантна печінкова недостатність з комою", "гостра

печінкова недостатність, що ускладнила фульмінантний або злоякісний гепатит"[19]. Є.П. Шувалова та А.Г. Рахманова (1986), аналізуючи цю термінологію та відзначаючи її розмаїття, вважали найбільш адекватним термін "гостра печінкова недостатність" [6].

Відсутність єдиної термінології відбилося й у статистичній класифікації, в якій класифікаційні підходи ще більш різноманітні й іноді незрозумілі. Навіть у МКХ-10 — статистичній класифікації хвороб ВООЗ останнього перегляду (1995) як найтяжчі форми гострого вірусного гепатиту подано "вірусні гепатити з печінковою комою" (В 15.0, В 16.0, В 16.2, В 19.0). При цьому не враховується те, що кома може бути не лише при неуточнених вірусних гепатитах (В 19.0), вірусних гепатитах А та В (В 15, В 16), а й при вірусних гепатитах С, Е тощо.

При оцінці деяких форм алкогольних уражень печінки вже використовується термін "алкогольна печінкова недостатність з печінковою комою" (К 70.4). У графі токсичних уражень печінки (К 71) фігурує термін "токсичне ураження печінки з печінковим некрозом" (К 71.1), термін "печінкова кома" тут не застосовується. Водночас у розділі "Печінкова недостатність, не класифікована в інших рубриках" (К 72) як самостійний діагноз звучить "печінкова недостатність" та як самостійні нозологічні одиниці в розділ К 72 включені печінкова кома, енцефалопатія БДУ, а також некласифікований в інших рубриках гепатит з печінковою недостатністю — гострий, фульмінантний, злоякісний [4].

Класифікація, можливо, зручна як статистична, тому що дозволяє оцінити наслідок захворювання, однак клінічна класифікація завжди повинна бути повнішою та глибшою, щоб лікар мав можливість оцінити не лише імовірний прогноз, а й обрати доцільну тактику лікування.

Таким чином, для оцінки критичного стану, який супроводжується масивним, нерідко суцільним ушкодженням печінки, використовують нерівнозначні терміни: фульмінантний, що відбиває особливості перебігу, кома — ступінь токсикозу та тлі ураження печінки, некроз — характер змін у печінці. І при цьому не враховується, що нерідко виникають поєднані ураження печінки, зумовлені не лише вірусними асоціаціями, а й різнофакторним впливом на орган.

Підсумовуючи сказане, можна зазначити відсутність єдиного методологічного підходу (це варіант перебігу гепатиту або його ускладнення, що розуміється під печінковою недостатністю — порушення функції печінки або поява симптомів передкоматозного та коматозного стану, особливості лікувальної тактики), з чим і пов'язується така велика кількість термінів.

Відсутній єдиний підхід до клінічної термінології й останнім часом. І хоча останніми десятиліттями більшість європейських та американських дослідників та клініцистів зупинилися на терміні "фульмінантна печінкова недостатність" [8, 12], яким вдалося підкреслити дві провідні властивості цього процесу — швидкість розвитку та глибину ураження печінки, продовжує застосовуватися термін "гостра печінкова недостатність" [9, 22], "гостра печінкова енцефалопатія". Часто навіть у межах однієї країни (для прикладу — Японії) не вдалося подолати термінологічних суперечностей. В аналогічних ситуаціях одна частина дослідників використовує термін "фульмінантна печінкова недостатність", інша — "гостра печінкова недостатність" [13, 24]. Саме ці 2 терміни залишилися найуживанішими в клінічній практиці, не дивлячись на певні суперечності із статистичною класифікацією МКХ-10.

Trey C., Davidson C. (1970), Rueff B., Benhamon S. (1973) фульмінантну печінкову недостатність визначали як *поліетіологічний* клінічний синдром, який характеризується гострим початком, жовтяницею, що прогресує, зменшенням розмірів печінки, печінковим запахом, енцефалопатією та можливим розвитком коми. Провідними етіологічними чинниками фульмінантної печінкової недостатності вважають вірусні гепатити, отруєння грибами та гепатотропними отрутами, деякими медикаментозними засобами [6, 10]. Таким чином, цю патологію визначили як *ускладнення* основного процесу.

Однак останніми роками все частіше у випадках розвитку ФПН, пов'язаної з вірусними гепатитами, зустрічається термін "фульмінантний вірусний гепатит" як особливо тяжкий (надтяжкий) варіант перебігу захворювання [15, 17, 18, 21], а одним з показань для трансплантації печінки є фульмінантний вірусний гепатит [7].

По-різному визначали терміни виникнення ФПН при вірусних гепатитах. G. Martine та G. Baltzer (1972) описували фульмінантний гепатит у терміни від 17 до 68 діб, при цьому прояви печінкової недостатності виникали в період від кількох годин до 2-3 діб. Trey C. та Davidson C. (1970) до ФПН відносили синдром, який виникав у хворого протягом 8 тижнів від початку захворювання, Rueff B. та Benhamou S. (1973) — лише протягом 3 тижнів, а J. Bouchier (1982) — взагалі обмежився 10 добами, як і автори цього терміну — J. Lucke та J. Mellory (1946) [3, 8]. N.D. Finlayson, I.A. Bouchier, J. Richmond (1991), Sh. Sherlock та J. Dooly (1997) у подальшому також завважили 8-тижневий термін від початку захворювання, однак вважають його ускладненням перебігу вірусного гепатиту [6, 7].

Таким чином, розбіжності у термінології, термінах розвитку ФПН стали причиною того, що неможливою є не лише оцінка клінічного перебігу, причин розвитку, а й ефективності лікування, рівня летальності.

Не менші складнощі та суперечності відзначалися і в питанні класифікації цього процесу за стадіями. Здавна перебіг ФПН поділявся на ряд стадій. Однак одні дослідники виділяли 3 стадії (передкома I, II, кома), інші — 4 або 5. C. Trey та C. Davidson (1970), К.В. Бунін та С.Н. Соринсон (1983), Є.П. Шувалова та А.Г. Рахманова (1986) вказували на 4 стадії — передкому I, II, кому I, II [8]. Останніми десятиліттями загальновживаною була 4-стадійна класифікація ФПН. Знедавна на додаток до цих 4 стадій розвитку печінкової енцефалопатії почали виділяти стадію 0 (латентна або субклінічна енцефалопатія). Цю стадію розвитку процесу можна виявити лише за допомогою тестів письма, лічби.

Великий термін виникнення ФПН при вірусних гепатитах (8 тижнів), різна швидкість розвитку процесу потребували подальшого удосконалення термінології та класифікації. Ще в 1946 році J. Lucke та J. Mellory розрізняли 2 клінічні форми ФГ: гостру — із швидким летальним кінцем та підгостру — з дещо уповільненим перебігом захворювання [3]. У 1963 році К.В. Бунін виокремлював дистрофію печінки раннього та пізнього періоду хвороби. Є.С. Гуревич (1967) виділяв коми з гострим та поступовим розвитком, Н.І. Нісевич та В.Ф. Учайкін (1982) — блискавичні, гострі та підгострі варіанти злоякісних форм гепатиту. Гостру та підгостру "дистрофію печінки" виділяли багато дослідників (Мадьяр І., 1962, Блюгер А.Ф., 1978, Мусабаєв І.К. та співавт., 1981) [8]. Є.П. Шувалова та А.Г. Рахманова (1986) поділяли вірусні гепатити з наявністю гострої печінкової недостатності на блискавичну, гостру, підгостру та хронічну форми [8]. E. Theodor та G. Niv (1978) використовували термін "ФПН" при підгострому перебігові вірусного гепатиту, певно, маючи на увазі не стільки терміни розвитку захворювання, скільки швидкість її розвитку [16]. А J. Bernuau, B. Rueff та S. Benhamou (1986) виокремлювали фульмінантну та субфульмінантну печінкову недостатність, пов'язуючи їх не стільки із швидкістю, скільки з термінами розвитку [10]. J.G. O'Grady, S.W. Schalm, R.Williams (1993) вважають за доцільне виділяти надгострий (0-7 діб від появи жовтяниці), гострий (8-28 діб), підгострий (29 діб - 12 тижнів) перебіг фульмінантної печінкової недостатності [16], а A.E.S. Gimson, J.G. O'Grady, R.J. Ede та співавт. (1986) вказують ще й на пізню печінкову недостатність — приблизно через 8 - 24 тижні від початку захворювання [13]. Інші дослідники пропонували застосовувати термін "фульмінантна печінкова недостатність" у тих випадках, коли її прояви виникали в межах 2 тижнів від появи жовтяниці, а термін "субфульмінантна печінкова недостатність — при розвитку її в термін від 2 до 12 тижнів після появи жовтяниці. А японські дослідники називають ці стани як гострий та підгострий типи фульмінантного гепатиту [3]. І в цих випадках термінологія пов'язується не стільки із швидкістю розвитку процесу, скільки з її термінами. J.G. O'Grady, S.W. Schalm, R. Williams (1993), які розділили гостру печінкову недостатність на надгостру, гостру та підгостру, залеж-

но від терміну розвитку, повідомили, що летальність у таких випадках становила відповідно 64%, 93% та 86% [16]. Ці результати свідчать про невідповідність термінології та малоефективність подібного поділу.

Ми вважаємо в такому розумінні понять "фульмінантний" та "субфульмінантний" закладене протиріччя, яке не сприяє створенню ранніх дієвих методів діагностики та лікування. Значно логічнішим є трактування їх насамперед не з точки зору термінів виникнення, а з точки зору швидкості розвитку. Подібної позиції дотримується й С.Н. Соринсон (1997), який вважає, що різниця між термінами "фульмінантний" та "субфульмінантний" саме у швидкості розвитку процесу [5].

Таким чином, не лише термінологія, а й терміни розвитку та класифікаційні питання вимагають уточнення для створення єдиного підходу до проблем цього стану.

Будь-який термін та його класифікація несе в собі не лише визначальне, а й методогічне навантаження. Тому й термін ФПН повинен вказувати на напрямки лікування. Характеризуючи його причину як багатофакторний чинник — від токсичних та вірусних ушкоджень до ушкоджень невідомого походження та зважаючи на однотипність у всіх випадках патогенезу, провідних клінічних та лабораторних проявів, дійшли до висновку, що й терапія повинна бути однотипною [7, 14, 11]. B.M. McGuire (2003) вважає, що в усіх випадках ФПН показаний лише один метод лікування — трансплантація печінки, хоча можливе консервативне лікування із застосуванням N-ацетилцистеїну у випадку ФПН унаслідок отруєння парацетамолом [14]. Інші клініцисти віддають перевагу консервативній терапії [9, 24].

Відтак, переважно без урахування етіологічного чинника, було застосовано багато різноманітних методів лікування — від глюкокортикостероїдів до різноманітних екстракорпоральних методів, однак жоден з яких не виявився достатньо ефективним (проте в досяжних для нас джерелах ми не виявили жодного дослідження, в якому б оцінювалася багатокомпонентна терапія). Летальність коливалася від 40 до 85%, а за іншими даними — 80-100%. Ш. Шерлок та Дж. Дулі (1997) у своїй капітальній праці "Захворювання печінки та жовчних шляхів" вказують, що при ФПН різного генезу (вірусні, алкогольні, медикаментозні гепатити) виживання на тлі консервативної терапії становить лише 20%. Ці цифри з невеликими коливаннями наводяться у багатьох посібниках, керівництвах та дослідженнях, хоча вони є не зовсім коректними, тому що не враховують етіологію та низку інших чинників (за даними індійських дослідників [9], які гостру печінкову недостатність у дітей пов'язують переважно з вірусними гепатитами А та Е, летальність становить від 40 до 60%). Пошук нових методів лікування вказав, що дієвою альтернативою може бути лише трансплантація печінки, і подальший розвиток термінології та класифікації зупинився, загальмувалося удосконалення консервативного лікування. Незалежно від етіологічного чинника ФПН, швидкості та терміну розвитку, пропонується трансплантація печінки, а на час до оперативного втручання — синдромальне підтримувальне лікування, часткове апаратне заміщення функції печінки [7, 11, 14]. Вважається, що довготривале виживання хворих після трансплантації печінки в 90-ті роки XX століття становило в середньому 50% [23], досягаючи навіть 70% [11].

З нашої точки зору, схожість патогенезу та клінічних проявів не є приводом для подібної уніфікації як термінології та класифікації, так і лікувальної тактики.

По-перше, подібне розмаїття класифікаційно-термінологічних підходів до розуміння гострої печінкової недостатності створює певну некоректність тих рівнів летальності та визначення ефективності консервативного та хірургічного лікування, які наводять дослідники.

По-друге, у самому підході до показань для трансплантації печінки існує протиріччя: за даними Ш. Шерлок та Дж. Дулі (1997), на I та II стадіях енцефалопатії при ФПН при консервативному лікуванні виживає приблизно 65% хворих, у них цироз печінки не розвивається, що значно переважає будь-які результати після трансплантації, зважаючи й на якість життя. На III та IV стадіях ФПН виживає лише 20% хворих, однак не існує жодного показника, який би з цілковитою точністю прогнозував кінцевий наслідок ФПН [7]. Що на пізнішому етапі розвитку захворю-

вання проводиться трансплантація, то гірші її результати, зважаючи на розвиток поліорганної недостатності та низку ускладнень. Американські хірурги, підбиваючи підсумки понад 200 успішних трансплантацій печінки протягом 17 років, показали, що середня посттрансплантаційна тривалість життя становила 41 міс., а 5-річне виживання становило 67% у хворих після консервативного лікування та 57% після трансплантації печінки [11]. І в цьому дослідженні не враховувалася етіологія ФПН, однак можна зробити висновок, що при ФПН на І та ІІ стадіях ефективність консервативного лікування не менша, ніж трансплантаційного, а віддалені наслідки навіть не варто порівнювати.

По-третє, суттєво різняться наслідки із врахуванням етіологічних факторів, що призвели до ФПН, та якість подальшого життя. Так, у хворих з токсичними гепатитами, що ускладнилися ФПН, які вижили, формується цироз печінки з подальшими зрозумілими наслідками. Саме для цих хворих, як і для пацієнтів з трансплантованою печінкою, має сенс термін "5-тирічне виживання". Хворі на фульмінантні форми вірусних гепатитів, які вижили, в переважній більшості одужують і ведуть звичайний образ життя. У хворих з пересадженою печінкою якість життя значно нижча та й термін життя суттєво менший, ніж у хворих з фульмінантними формами вірусних гепатитів, які одужали. Не менше протиріч й у наслідках посттрансплантаційного виживання у випадках, коли визначалася етіологія ФПН, пов'язаної з гострими вірусними гепатитами. За повідомленням данських клініцистів Schiodt Vinholt, T.J. Davern, A. Obaid Shakil та співавт. (2003), виживання хворих з гострою печінковою недостатністю, пов'язаною з ВГВ, без трансплантації становила 19%, а з трансплантацією печінки — 62%, тоді як при фульмінантному ВГА наслідки абсолютно протилежні — відповідно 69% та 19% [22].

І нарешті, фінансові витрати. Якщо навколооперацийне ведення, операція трансплантації, подальше лікування, спрямоване на лікування та профілактику ускладнень, профілактику синдрому відторгнення, високовартісне і коштує пацієнту сотні тисяч доларів, то комбінована консервативна терапія на кілька порядків дешевша.

Відтак трансплантація печінки є чудовою альтернативою лише в термінальній стадії цирозу печінки та інших подібних хворобах, коли є час на підбирання донорського органа, на певну медикаментозну компенсацію реципієнта та проведення оперативного втручання у відносно сприятливому стані. У такому разі річне виживання, за даними Європейського регістру з трансплантації печінки, становить 80%, а трирічне — 71% [7]. При ФПН іншого походження кожна доба затримки трансплантації призводить до погіршення стану хворого, розвитку цілої низки ускладнень, що робить позитивний наслідок вельми примарним. Навіть в умовах загальноєвропейського банку органів для трансплантації від часу отримання замовлення на орган для трансплантації до отримання самого органа минає в середньому 48 год. За цей час в умовах синдромного лікування (саме таке лікування рекомендується проводити в очікуванні трансплантації, тому навіть застосовують відповідний термін у випадку виживання без пересадки печінки — "спонтанне виживання" [22]) фульмінантного вірусного гепатиту процес прогресує настільки, що розвивається значна кількість ускладнень та "ускладнень ускладнень", поліорганна недостатність, що значно погіршує прогноз. Чи не тому навколооперацийна летальність пацієнтів, яким рекомендована трансплантація печінки, залишається досить високою. У багатьох наукових повідомленнях, присвячених трансплантації печінки, наводяться дані про 5-річне виживання хворих після пересадки. Становить воно в середньому 70% з незначними коливаннями [7, 11]. Однак,за даними Європейського регістру з трансплантації печінки, при трансплантації печінки внаслідок гострої печінкової недостатності післяопераційне виживання досягає 68%, а однорічне виживання становить 60 - 74% [7, 2] — лише половина або менше половини прооперованих, а трирічне — лише 54% [7]. Проте не менш ефективне комплексне консервативне лікування фульмінантних варіантів вірусних гепатитів, застосування якого зменшило летальність до 23,9% [1]. Порівнювати ці результати не зовсім коректно, проте вони свідчать про наявність різниці в механізмах розвит-

ку печінкової недостатності та, відповідно, необхідність чіткого поділу залежно від етіологічних чинників, нозологічних форм та швидкості розвитку. Не можна змішувати наслідки консервативного та трансплантаційного лікування при цирозах печінки та інших хронічних захворюваннях печінки, тяжких токсичних ураженнях печінки з розвитком ФПН та фульмінантних формах вірусних гепатитів.

Кожний медичний термін несе в собі не лише смислове навантаження, але й методологічне (визначає й провідні напряки діагностики та лікування). А кожний з провідних етіологічних чинників розвитку ФПН визначає й певні особливості лікування, спричинює суттєвий вплив наслідків ФПН, тому застосовувана термінологія та класифікація вимагає не лише стандартизації, а й оптимізації. Певно всім зрозуміло, що підходи до лікування ФПН при вірусному гепатиті В, отруєнні блідою поганкою, отруєнні парацетамолом навіть за наявності комплексу однакових терапевтичних заходів будуть відрізнятися. На нашу думку, слід дотримуватися такої логічної схеми:

Етіологічна різниця → різниця у наслідках → різниця у лікувальній тактиці

На наш погляд, залежно від етіологічного чинника та тривалості захворювання, враховуючи термінологію МКХ-10, у клініці варто виділяти наступні терміни:

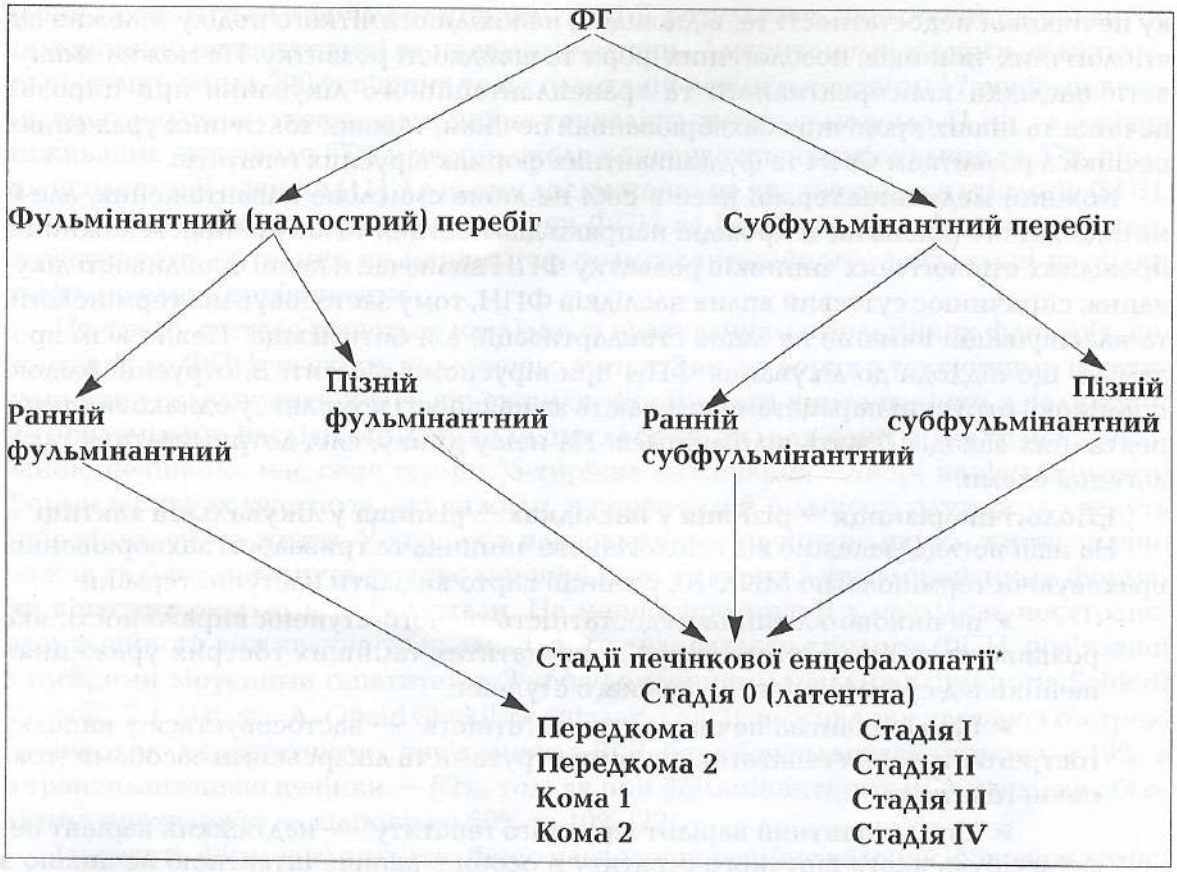
- печінково-клітинна недостатність різного ступеня вираженості, яка розвивається при гострих вірусних гепатитах та інших гострих ураженнях печінки від субклінічного до тяжкого ступеня;
- "фульмінантна печінкова недостатність" — застосовується у випадку гострого отруєння гепатотоксичними отрутами та лікарськими засобами (токсичні гепатити);
- "фульмінантний варіант вірусного гепатиту" — надтяжкий варіант перебігу будь-якого вірусного гепатиту в особи з раніше інтактною печінкою з розвитком печінково-клітинної недостатності найвищого ступеня.
- "гостра печінкова недостатність" — застосовується у випадку загострення хронічного гепатиту або цирозу печінки з приєднанням гострого ураження печінки будь-якого походження.

При цирозах печінки хронічна печінкова недостатність з наявністю печінкової енцефалопатії може різко загострюватися внаслідок впливу будь-яких зовнішніх чинників або переходу в термінальну стадію. У цих випадках слід говорити про *загострення хронічної печінкової недостатності* та зазначити стадію печінкової енцефалопатії. Бажано також вказати на чинник, який сприяв цьому загостренню.

Фульмінантні варіанти ВГ за клінічною та морфологічною характеристиками істотно відрізняються від тяжких гострих. Клінічні ознаки швидко наростають, досягають великого ступеня вираженості. При цьому від моменту появи ознак печінкової недостатності до фіналу може минати кілька діб (2-3, іноді довше), а інколи все закінчується в межах 24 год.

Однак навіть при особливо тяжких формах швидкоплинність гепатиту далеко не завжди досягає по-справжньому блискавичної, можливий і так званий ***субфульмінантний варіант***, при якому розвиток ФПН триває не години, а добу й більше. Проте і в цьому разі темпи прогресування некрозу печінки істотно вищі, ніж за тяжкого перебігу звичайної циклічної форми ВГ.

ФГ може розвиватися ще наприкінці переджовтяничного — на початку жовтяничного періоду. Такий фульмінантний перебіг вважатимемо *раннім* (1-2 тиж жовтяничного періоду — до 4 тижнів від початку хвороби). Але й субфульмінантний перебіг може розвиватися на початку жовтяничного періоду. Якщо появі клінічних ознак масивного некрозу печінки передує звичайний перебіг жовтяничного періоду ВГ понад 2 тиж, то прогресування некрозу печінки може трохи розтягуватися в часі, морфологічно йому частіше відповідає субмасивний некроз печінки; клінічно найчастіше формується ***пізній субфульмінантний перебіг***, хоча може виникати і ***пізній фульмінантний перебіг*** (схема 1). При справжньому фульмінантному перебігові печінкова енцефалопатія (ПЕ) розвивається буквально по годинах, тому стадії виділити дуже важко, що, зазвичай, не робиться.



**У схемі враховано класичний і сучасний поділ стадій розвитку ФГ*

Схема 1

Класифікаційний поділ фульмінантних гепатитів

Подібна стандартизація та оптимізація термінології дозволить не лише визначитися з наслідками ФПН залежно від етіології, а й розробити підходи до консервативного лікування, чіткіше визначити найбільш раціональні показання до трансплантації печінки. Лише тоді ми зможемо оцінити ефективність застосовуваних методів консервативного та хірургічного лікування залежно від етіологічного чинника та швидкості розвитку ФПН. Стандартизація допоможе встановити критерії припинення комплексного консервативного лікування та проведення трансплантації печінки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Возианова Ж.И., Печенка А.М., Шкурба А.В., Голубовская О.А., Артемов А.Е. Подходы к лечению фульминантных форм вирусных гепатитов // Сборник «Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи возбудителей и их исходы».— К., 2001.— С. 252-256.

2. Ерамишанцев А.К., Готье С.В., Цирульников О.М. Проблема пересадки печени в 1996 году. Отбор больных для пересадки печени. Ведение больных после пересадки //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. —1997.— №1.— С. 80-83.

3. Климова Е.А. Фульминантные гепатиты с летальным исходом: этиология и особенности течения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.— 1998.— №5.— С. 40-44.

4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. — Женева: ВОЗ, 1995.— Т.1.—698 с.

5. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. — Санкт-Петербург.— Изд."Теза", 1997.— 325 с.

6. Фінлайсон Н.Д.С., Бавчер І.А., Річмонд Дж. Хвороби печінки та жовчної системи: В книзі Едвардз К.Р.В., Бавчер І.А.Д. Основи медичних знань та методи лікування за Девідсоном.— К.: УКСП "Кобза", 1994.— Т.2.— 652 с.

7. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.— 860 с.

8. Шувалова Е.П., Рахманова А.Г. Печеночная недостаточность при вирусном гепатите. — Ленинград: Медицина, 1986.— 200 с.

9. Arora N.K., Mathur P., Ahuja A., Oberoi A. Acute liver failure // Indian J Pediatr 2003 Jan; 70 (1): 73-9.

10. Bernuau J., Rueff B., Benhamou J.P. Fulminant and subfulminant liver failure: definitions and causes // Semin.Liver Dis. 1986; 6: 97.

11. Farmer D.G., Anselmo D.M., Ghobrial R.M. et al. Liver transplantation for fulminant hepatic failure: experience with more than 200 patients over a 17-years period // Ann.Surg., 2003 May; 237 (5): 666-676.

12. Fujiwara K. Mechanism responsible for development of acute liver failure and its management // Nippon Naika Gakkai Zasshi 2002 Sep. 20; 91 Suppl.:58-71.

13. Gimson A.E.S., O'Grady J.G., Ede R.J. et al. Late-onset hepatic failure: clinical, serological and histological features // Hepatology 1986; 6: 283-289.

14. McGuire B.M. The critically ill liver patient: fulminant hepatic failure // Semin Gastrointest Dis 2003 Jan; 14(1): 39-42.

15. Mutimer D., Shaw J., Neuberger J. et al. Failure to incriminate hepatitis B, hepatitis C and hepatitis E virus in the etiology of fulminant non-A non-B hepatitis // Gut 1995; 36: 433.

16. O'Grady J.G., Schalm S.W., Williams R. Acute liver failure: redefining the syndromes // Lancet, 1993; 342:273.

17. Papaevangelou G., Tassopoulos N., Roumeliotou-Karayannis A et al. Etiology of fulminant viral hepatitis in Greece // Hepatology 1984; 4: 365-71.

18. Papatheodoridis G.V., Delladetsima J.K., Kavallierou L. et al. Fulminant hepatitis due to Epstein-Barr virus infection // J. Hepatol. 1995; 23: 346-348.

19. Scherlock Sh. Disease of the liver and biliary system // Oxford; London, 1981.— 732 p.

20. Theodor F., Niv G The clinical course of subactive hepatic necrosis // Am. J. Gastroenterol., 1978, 70: 600-608.

21. Vento S., Cainelli F., Mirandola F. et al. Fulminant hepatitis on withdrawal of chemotherapy in carriers of hepatitis C virus // Lancet 1996; 347: 92.

22. Vinholt Schiodt, Davern T.J., Obaid Shakil A. et al. Viral hepatitis – related acute liver failure // Am.J Gastroenter.-2003, Feb; 98 (2): 448-53.

23. Williams R. New directions in acute liver failure // J.Roy. Coil.Phys. Ldn., 1994; 28: 552.

24. Yamato Y., Maeda K., Kumagai M. et al. Acute severe hepatitis: Succesful prevention of fulminant hepatic failure with early intensive medical care // Pediatr Int 2003 Apr, 45 (2): 205-7.

***

УДК: 616.36-008.64-036.111

Ж.И. Возианова, А.М. Печенка, А.В. Шкурба

Особенности терминологии и классификации фульминантной печеночной недостаточности

В статье показаны противоречия в классификации и терминологии острой печеночной недостаточности, которая развивается при различной патологии. Исходя из того, что терминология во многом определяет подходы к лечению, предложены особенности терминологии и классификации острой печеночной недостаточности, которая развивается при вирусных гепатитах и некоторой другой патологии.

UDC: 616.36-008.64-036.111

Zh. Vozianova, A.M. Pechinka, A.V. Shkyrba

To a terminology and classification a fulminant virus hepatitis

In clause is a problem of a terminology and classification of acute hepatic failure, it is specified on terminological and classification contradictions. The terminology and the classification circuit which determine features of treatment are offered