

## ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Дибиров М.Д., Костюченко М.В., Рамазанова Ю.И., Юанов А.А., Поляков И.А.

*Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия (127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21).*

Проведен анализ лечения 142 больных острой абдоминальной хирургической патологией различного генеза (группа наблюдения), которым применена модифицированная хирургическая тактика лечения и мониторинга печеночно-почечной дисфункции, в сопоставлении со 198 пациентами, которые лечились по традиционной методике (группа контроля). Показано, что использование предлагаемого алгоритма прогноза и мониторинга гепаторенальных расстройств позволяет своевременно выявлять фазы компенсации и субкомпенсации гепаторенальных осложнений. На основе результатов исследования предложен модифицированный протокол профилактики и лечения печеночно-почечной дисфункции при острой хирургической патологии живота, основанный на выявлении тяжести нарушения печени и почек, их функционального резерва и тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II. В группе наблюдения отмечено снижение развития печеночно-почечной недостаточности до 8,45% и летальности 2,82%. В контрольной группе частота развития печеночно-почечной недостаточности составила 25,76%, летальность – 6,57%. Таким образом, предложенный дифференцированный подход позволяет значительно уменьшить эндотоксикоз и прогрессирование печеночно-почечных расстройств.

**Ключевые слова:** печеночно-почечная дисфункция, эндотоксикоз.

## THE TREATMENT OF HEPATORENAL DYSFUNCTIONS AT URGENT SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMEN

*Dibirov M.D., Kostuchenko M.V., Ramazanova U.I., Uanov A.A., Polyakov I.A.*

*Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia (127206, Moscow, Vucheticha str., 21)*

The analysis of 142 patients with acute surgical abdominal pathology treated by modified surgical tactics of monitoring and prevention of hepatorenal dysfunction (supervision group) in comparison with 198 patients (control group) is carried out. It is shown that offered algorithm of the prediction and monitoring hepatorenal dysfunction is the optimal for revealing of indemnification and subindemnification phases. Basing on the results of research the modified scheme of preventive maintenance and treatment hepatorenal dysfunction in acute abdominal surgical pathology is offered, based on revealing of the severity of the liver and kidneys infringement, their functional reserve and severity of the patient's condition pointed by the scale АРАСНЕ II. In supervision group the decreasing of the hepatorenal insufficiency development to 8,45 % and mortality to 2,82 % was noted. In control group the frequency of hepatorenal insufficiency was noted 25,76 %, mortality - 6,57 %. Thus, the offered differentiated approach allows to reduce considerably endotoxycosis and hepatorenal dysfunction.

**Keywords:** hepatorenal dysfunction, endotoxycosis.

### Введение

Острые нарушения функций печени и почек в неотложной хирургии встречаются достаточно часто. У 23–50% пациентов выявляют острую печеночную недостаточность, у 47% – острую почечную недостаточность (Жебровский В.В, 2000, Watanabe F.D., 2000). В зависимости от нозологии частота развития поражения этих органов и ее выраженность варьируются. Так, при острой кишечной непроходимости развитие острой печеночно-

почечной недостаточности доходит до 90% (Жидовинов Г.И., 2007). Летальность при развитии печеночно-почечной недостаточности в послеоперационном периоде 23–90% (Белокуров Ю.Н., 2000; Жидовинов Г.И., 2007, Ужва В.П., 1992, Мишнев О.Д., 2003; Marshall J.C., 2001).

Ведущим синдромом при развитии печеночно-почечной дисфункции является эндотоксикоз, степень тяжести которого коррелирует с тяжестью энтеральной и печеночно-почечной недостаточности (Дибиров М.Д., 2011; Жидовинов Г.И., 2007).

**Целью** настоящей работы явилась разработка комплекса лечебных мероприятий, направленных на предотвращение развития и прогрессирования гепаторенальных дисфункций и основанных на патогенетических механизмах возникновения эндотоксикоза.

### **Материал и методы исследования**

В работе проведена оценка 340 пациентов с острой хирургической абдоминальной патологией различного генеза. Характер нозологий представлен в таблице 1.

**Таблица 1 – Распределение пациентов по нозологиям**

<b>Нозология</b>	<b>Группа наблюдения</b>	<b>Группа сравнения</b>
Острый холецистит, механическая желтуха	25 (17,61 %)	34 (17,17 %)
Острый панкреатит	44 (30,98 %)	57 (28,79 %)
Острый аппендицит, осложненный перитонитом	4 (2,82 %)	7 (3,54 %)
Перфорация полого органа	32 (22,53 %)	48 (24,24 %)
Острая кишечная непроходимость	37 (26,06 %)	52 (26,26 %)
Всего:	142 (100 %)	198 (100 %)

Все больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, нозологии и тяжести состояния. Группу наблюдения составили 142 человека, которым проводилось лечение в соответствии с разработанным нами комплексом лечебных мероприятий (с включением в него хирургических методов детоксикации по уточнённым нами показаниям, основанным на патогенетических аспектах развития гепаторенальных дисфункций в каждом конкретном случае). Группу сравнения составили 198 человек, пролеченных по традиционным программам.

При этом диагностика печеночно-почечной дисфункции проводилась на основании изучения клинико-лабораторных характеристик, отражающих состояние функции печени (альбумин, общий белок, фибриноген, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин,

мочевина), почек (креатинин, клиренс креатинина, клубочковая фильтрация, калий) и выраженность эндотоксикоза (уровень веществ средней молекулярной массы, эффективная концентрация альбумина и его связывающая способность, лейкоцитарный индекс интоксикации, креатинфосфокиназа и ее МВ-фракция). Для более четкого представления о динамике и направленности развития нарушений функций печени и почек определяли функциональный резерв печени и почек, а также тяжесть состояния больных в баллах по шкале APACHE II.

### Результаты исследования и их обсуждение

Разработанный нами комплекс лечебных мероприятий, направленный на предупреждение прогрессирования гепаторенальной дисфункции, состоял из нескольких блоков, учитывающих основные патогенетические компоненты острого нарушения функции печени и почек при неотложной абдоминальной хирургической патологии. В зависимости от тяжести состояния больного и вида острой хирургической нозологии, степени гепаторенальных расстройств и функционального резерва этих органов применяли соответствующий алгоритм (таблица 2).

**Таблица 2 – Лечебный алгоритм**

Тяжесть эндотоксикоза	Функциональный резерв печени и почек		
	Высокий	Средний	Низкий
Легкая APACHE II < 10	Энтеросорбция + инфузионная детоксикация	Энтеросорбция + инфузионная детоксикация + гепато- и нефропротекторы	Энтеросорбция, кишечный лаваж + инфузионная детоксикация + гепато- и нефропротекторы + улучшение микроциркуляции печени и почек+антиоксиданты
Средняя APACHE II 10-20	Энтеросорбция, кишечный лаваж + инфузионная детоксикация + гепато- и нефропротекторы + антиоксиданты (при APACHE II < 15)	Энтеросорбция, кишечный лаваж + инфузионная детоксикация + гепато- и нефропротекторы + улучшение микроциркуляции печени и почек+антиоксиданты + ранняя экстракорпоральная детоксикация(ЭКД)	Ранняя экстракорпоральная детоксикация (ЭКД) + энтеросорбция, кишечный лаваж + инфузионная детоксикация + гепато- и нефропротекторы + улучшение микроциркуляции + антиоксиданты
Тяжелая	Энтеросорбция, кишечный лаваж + ранняя ЭКД + инфузионная		

APACHE II >20	детоксикация + гепато- и нефропротекция + улучшение микроциркуляции + антиоксиданты Комплекс методов (в т.ч. ЭЖД) применяется сразу с первых суток после операции. При этом экстракорпоральные методы применяются в продленном режиме.
---------------	---

Отмечено, что степень гепаторенальной дисфункции коррелировала с тяжестью эндотоксикоза. При этом переход из стадии субкомпенсации печеночно-почечных расстройств в стадию декомпенсации происходит при тяжести эндотоксикоза, соответствующей 15 баллам по шкале APACHE II. Этим обосновывается применение ранней экстракорпоральной детоксикации с целью поддержания функции печени и почек в комплексе лечебных мероприятий. Выбор метода экстракорпоральной детоксикации зависел от превалирования печеночного или почечного компонента и особенностей основной острой хирургической нозологии.

Применение представленной дифференцированной тактики оказалось эффективным (таблица 3), позволило снизить прогрессирование гепаторенальной дисфункции и количество тяжелых ее форм – печеночно-почечной недостаточности и недостаточности с присоединением полиорганных расстройств. В группе наблюдения отмечено снижение развития печеночно-почечной недостаточности до 8,45% (12 больных) по сравнению с контрольной группой – 25,76% (51 человек). Также наблюдалось уменьшение летальных исходов – 2,82% (4 больных) в группе наблюдения по сравнению с 6,57% (13 больных) в группе контроля.

**Таблица 3 – Эффективность применения дифференцированной тактики**

Показатели	Основная группа (n=142)	Контрольная группа (n=198)
Длительность пребывания в ОРИТ, сутки	1,42±0,33	2,68±0,51
Развитие печеночно-почечной недостаточности, %	8,45	25,76
Развитие полиорганной недостаточности, %	6,34	14,65
Длительность пареза кишечника, сутки	1,62±0,65	2,87±1,20
Летальность, %	2,82	6,57

## Выводы

1. При оценке тяжести состояния пациентов с острой хирургической патологией брюшной полости и определении хирургической тактики необходимо учитывать

наличие печеночно-почечной дисфункции, ее степень и функциональный резерв печени и почек.

2. При прогрессировании эндотоксикоза в структуре лечебного алгоритма необходимо по показаниям применение ранней экстракорпоральной детоксикации.
3. Применение дифференцированной тактики, основывающейся на патогенетических особенностях развития печеночно-почечной дисфункции, позволяет снизить ее прогрессирование и развитие тяжелых форм с утратой функций этих органов.

### **Список литературы**

1. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В. Эндогенная интоксикация при острых хирургических заболеваниях. – Ярославль, 2000. – 283 с.
2. Дибиров М.Д. [и др.]. Особенности профилактики и лечения дисфункции печени и почек при остром панкреатите // Український журнал хірургії. – 2011. – № 2 (11). – С. 40–44.
3. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. – Симферополь, 2000. – 688 с.
4. Жидовинов Г.И., Климович И.Н., Матюхин В.В. Пути улучшения лечения гепаторенального синдрома у больных острой абдоминальной хирургической патологией // Вестник ВолГМУ. – 2007. – № 1. – С. 43–46.
5. Мишнев О.Д., Щеголев А.И., Лысова Н.Л. Печень и почки при эндотоксикозе. – М., 2003. – 210 с.
6. Ужва В.П., Мосинцев Н.Ф. Ранняя диагностика острой послеоперационной печеночной недостаточности у хирургических больных // Клиническая хирургия. – 1992. – № 12. – С. 49–53.
7. Marshall J.C. // Crit.Care Med. – 2001. – Vol. 29. – P. 599–616.
8. Watanabe F.D., Kahaku E., Demetriou A.A. In book: Support of the acutely failing liver. – 2000. – P. 45–52.

### **Рецензенты:**

Васина Т.А., д.м.н., профессор кафедры семейной медицины медицинского факультета Российского университета дружбы народов, г Москва.

Бакулин И.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва.