

ТАКТИКА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПЕЧЕНОЧНОПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОЖИДАЮЩИХ ОРТОТОПИЧЕСКУЮ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ

Никоненко А.С., Ковалев А.А., Гриценко С.Н., Корнеева С.П.

г.Запорожье

Почечная дисфункция, вплоть до развития гепаторенального синдрома, проявляющегося олиго-анурией, гиперкалиемией, метаболическим ацидозом и отеочно-асцитическим синдромом наблюдается у 10-15% пациентов, страдающих хроническими диффузными заболеваниями печени, осложненными портальной гипертензией [1]. Физиологической базой гепаторенального синдрома является интенсивная интратенальная вазоконстрикция, обусловленная как гемодинамическими, так и гуморальными факторами, вызывающими редукцию объема эффективного артериального кровотока. Сни-

жение почечного кровотока сопровождается кортикальной ишемией и снижением гломерулярной фильтрации с развитием азотемии. На более поздних стадиях вазоконстрикция приводит к острому тубулярному некрозу [2].

Нарушение функции почек и предоперационная зависимость от диализной поддержки не являются противопоказанием к трансплантации печени, однако существенно ухудшают прогноз операции. Ренальная дисфункция является типичной для реципиентов печеночных трансплантатов. Следующие факторы способству-

ют повреждению почек в послеоперационном периоде: предшествующий гепаторенальный синдром, острый тубулярный некроз, интраоперационная гипотензия, венозная почечная гипертензия во время беспеченочного периода, реноваскулярный токсический эффект циклоспорина [3].

Сочетанное нарушение функции печени и почек у реципиентов печеночных аллотрансплантатов представляет собой сложную клиническую проблему и требует дифференцированного подхода к проводимой терапии.

В настоящем сообщении анализируются результаты лечения 18 больных (10 мужчин и 8 женщин в возрасте от 24 до 52 лет) с синдромом портальной гипертензии и сочетанным нарушением печеночно-почечных функций, находившихся в листе ожидания на трансплантации печени в Запорожском центре трансплантации в течение 1994-1998 гг. Показанием к ортотопической трансплантации печени у 11 был цирроз, у 4 первичный и метастатический рак печени, у 1 – тотальное замещение печени доброкачественной гемангиомой, у 2 поликистоз печени и почек (этим пациентам планируется выполнение симультанной печеночно-почечной трансплантации). Нарушения функции почек у 10 больных протекали по сценарию преренальной острой почечной недостаточности (ОПН), у 2 причиной поражения почек были хронические дегенеративные изменения ее паренхимы вследствие поликистозной болезни с исходом в ХПН, что требовало проведения регулярного гемодиализа, у 6 был диагностирован гепато-ренальный синдром. Наличие гепаторенального синдрома (в отличие от "псевдогепаторенального" синдрома) диагностировали на основании рекомендаций Международного асцит-клуба (1996). Основными критериями считали: (1) наличие хронического или острого заболевания печени с развитием печеночной недостаточности и портальной гипертензии, (2) содержание креатинина в сыворотке > 150 мг/мл или клиренс креатинина за 24 часа < 40 мл/мин, (3) отсутствие потерь жидкости (гастроинтестинальных или ренальных), отсутствие шока, бактериальной инфекции или недавнего применения нефротоксических препаратов, (4) отсутствие непрерывного улучшения почечных функций после отмены диуретической терапии и повышения объема плазмы путем переливания 1,5 л изотонического раствора (снижение креатинина < 150 мг/мл и повышение клиренса креатинина > 150 мг/мл), (5) протеинурия < 500 мг/сут. Дополнительными критериями считали: снижение суточного диуреза < 500 мл/сут, содержание Na в моче < 10 мэкв/л, содержание Na в сыворотке < 130 мэкв/л.

В случаях преренальной ОПН (10 больных), обусловленной гиповолемией вследствие желудочно-кишечного кровотечения, парацентеза или избыточной агрессивной терапии диуретиками, лечение заключалось в проведении регидратации до достижения положительного центрального венозного давления с последующим введением маннитола (1,5 мл/кг). Поддерживающая терапия диуретиками проводилась с помощью верошпирона (200-400 мг/сут) и фуросемида (40мг/сут), применяли также допамин в "почечных" дозах (3 мкг/час).

У больных с рефрактерным асцитом (12 больных) обычная медикаментозная терапия не приводила к увеличению диуреза. У этих пациентов обязательным считали уменьшение приема NaCl per os до 0,5 г/сут, использовали верошпирон (400 мг/сут) и внутривенное вливание концентрированных растворов альбумина (ощутимый эффект наступал при достижении концентрации в плазме 35-40 г/л). Парацентез выполняли: (1) с целью проведения диагностических исследований при необъяснимой гипертермии, гипотермии, диаррее, боли в животе, энцефалопатии; (2) с целью уменьшения болевого абдоминального синдрома; (3) при наличии диспноэ и ортопноэ; (4) с целью снижения внутрибрюшного давления, когда последнее усугубляло проявления пищеводаного кровотока, гепаторенального синдрома или способствовало ущемлению грыжи; (5) при проведении реинфузии асцитической жидкости.

Реинфузию асцитической жидкости (5 больных) выполняли фракционно. Предпочтение отдавали методике, при которой перед реинфузией проводили ее экстракорпоральную ультрафильтрацию с последующей лиофилизацией и криоконсервированием. Если после реинфузии асцитической жидкости отмечали увеличение диуреза, считали показанным перитонео-югулярное шунтирование (использовали шунт Denver).

Отсутствие ответа со стороны пациента на проводимую терапию с сохраняющейся олиго-анурией и прогрессированием гиперкалиемии, метаболического ацидоза и гипергидратации являлось показанием к началу заместительной почечной терапии (5 больных). Применяли вено-венозную технику гемодиализа с использованием бикарбонатного буфера, профилированием по Na и контролем ультрафильтрации. Во всех случаях применяли диализаторы F 6 с биосовместимой полисульфоновой мембраной (Fresenius). Антикоагуляцию осуществляли с помощью низкомолекулярного гепарина (Фраксипарин, Sanofi).

Дифференцированный подход, включая и заместительную почечную терапию, при лечении ренальных дисфункций, обусловленных декомпенсированной портальной гипертензией, позволил адекватно реабилитировать 12 пациентов. 8 из них была выполнена ортотопическая трансплантация печени. При явлениях прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности 6 пациентов умерли, не дождавшись операции.

Почечную дисфункцию различной степени наблюдали у всех 8 пациентов, перенесших трансплантацию печени, однако только у двоих развилась острая почечная недостаточность, потребовавшая проведения послеоперационного гемодиализа. Основные проблемы при проведении заместительной почечной терапии у подобных пациентов возникают из-за: (1) интрадиализной гемодинамической нестабильности в течение первого часа процедуры, (2) дизэквилибриум-синдрома, (3) интраперитонеальных геморагических осложнений и (4) ухудшения мозгового кровотока с последующей ишемией мозга, его отеком, набуханием и вклиниванием. Избежать подобных осложнений можно, используя вено-артериальную или вено-венозную гемодиализацию, методику безантикоагулянтного гемодиализа и интракраниальное мониторирование внутричерепного давления, которое не должно превышать 40 мм.рт.ст.

ЛИТЕРАТУРА

1. Seu P., Wilkinson A.H., et al. The hepatorenal syndrome in liver transplant recipients. Am. Surg. 57:806, 1991
2. Ring-Larsen H., Henriksen J.H. Pathogenesis of ascites formation and hepatorenal syndrome: Humoral and hemodynamic factors. Semin Liver Dis 6:341, 1986
3. Rimola A., Gavaler J.S., Schade R.P.R. et.al. Effects of renal impairment on liver transplantation. Gastroenterology 93:148-156, 1987.

РЕЗЮМЕ

ТАКТИКА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З КОМБІНОВАНОЮ ПЕЧІНКОВО-НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЩО ЧЕКАЮТЬ НА ОРТОПЕДИЧНУ ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ПЕЧІНКИ

Никоненко А.С., Ковальов А.А., Гриценко С.Н., Корнєєва С.П.

У даному повідомленні аналізуються результати лікування 18 хворих з синдромом портальної гіпертензії і комбінованим порушенням печінково-ниркових функцій в Запорізькому центрі трансплантації за 1994-1998рр.

SUMMARY

REHABILITATION TACTICS IN PATIENTS WITH COMBINED LIVER-KIDNEY INSUFFICIENCY WAITING FOR ORTHOPEDIC TRANSPLANTATION OF LIVER

A.S. Nikonenko, A.A. Kovallov, S.N. Gritsenko, S.P. Kornieyeva

In this report the results of treatment of 18 patients with syndrome of portal hypertension and combined disturbance of liver-kidney functions in Zaporozhye centre of transplantation are presented.
