

© Н.М. Маляр, М.М. Івачевський, О.І. Петричко, 2011

УДК: 616.36-004-06:616.381-003.217]-037

Н.М. МАЛЯР, М.М. ІВАЧЕВСЬКИЙ, О.І. ПЕТРИЧКО

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра екстремальної медицини та медицини невідкладних станів, Ужгород

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ РЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

У статті здійснено спробу встановити можливі предиктори розвитку резистентного асциту у пацієнтів з цирозом печінки. Встановлено, що приблизно у 40% пацієнтів з цирозом розвивається резистентний асцит. Виявлено, що важливими у прогнозуванні розвитку даного стану є асцит в анамнезі, функціональний клас B та C за Child-Pugh, тривалість захворювання більше 5 років та наявність в анамнезі ознак гепаторенального синдрому.

Ключові слова: предиктори, цироз печінки, резистентний асцит

Вступ. Найактуальнішою проблемою при некомпенсованих цирозах печінки залишається асцит. Згідно світових даних п'ятирічне виживання пацієнтів з цирозом печінки, але без асциту складає 45-80%, а при наявності асциту – 15-40%. За іншими даними 50% хворих з цим ускладненням помирають протягом першого року і тільки 20% живуть більше двох років [2, 4].

У літературі часто виділяють поняття «рефрактерний асцит», тобто асцит, який не може бути ліквідований при використанні медикаментозних засобів лікування, або поява раннього рецидиву даного синдрому, який не може бути адекватно попереджений лікарськими засобами [1, 3, 5, 6]. Рефрактерність до діуретичної терапії розвивається у 10-20% випадків асциту на фоні цирозу печінки. При розвитку даного ускладнення пацієнтам показано застосування екстракорпоральних методів детоксикації (екстракорпоральна сорбція та ультрафільтрація асцитичної рідини з подальшою реінфузією), а за відсутності позитивної динаміки розглядають можливість застосування трансюгулярного внутрішньопечінкового портосистемного шунтування, встановлення перитонеовенозного шунта або трансплантації печінки.

Європейське товариство з вивчення печінки в 2008 році сформулювало діагностичні критерії рефрактерного асциту при цирозі печінки [1]:

1. Тривалість терапії: пацієнти отримують максимальні дози діуретиків (спіронолактон 400 мг на добу та фуросемід 160 мг на добу) протягом мінімум тижня на фоні обмеження прийому натрію менше 90 ммоль на добу.

2. Недостатня відповідь на діуретики: середнє зниження маси тіла менше 0,8 кг протягом 4 днів та кількість натрію, що виділяється нирками менша за поступлення.

3. Ранній рецидив асциту: рецидив асциту протягом 4 тижнів після початку лікування.

4. Ускладнення, індуковані прийомом діуретичної терапії (незважаючи на профілактичні заходи):

- печінкова енцефалопатія внаслідок прийому діуретиків при відсутності інших пускових механізмів;

- ниркова недостатність: підвищення рівня сироваткового креатиніну на 100% зі значенням більше 2 мг/дл у пацієнтів, які зреагували на лікування діуретиками;

- гіпонатріємія на фоні прийому діуретиків: зниження концентрації сироваткового натрію на більш ніж 10 мекв/л з фінальним значенням менше 125 мекв/л, незважаючи на профілактичні заходи;

- порушення концентрації калію: гіпо- чи гіперкаліємія.

Згідно сучасних даних літератури виділяють два типи рефрактерного асциту:

- асцит, резистентний до лікування діуретиками: асцит, який не може бути ліквідований, або його ранній рецидив на фоні дієти з обмеженням натрію та інтенсивної терапії діуретиками (спіронолактон 400 мг на добу, фуросемід 160 мг на добу протягом не менше одного тижня; дієта з обмеженням кухонної солі менше 5,2 г на добу);

- асцит, не контрольований діуретиками: асцит, який не можна ліквідувати, або його ранній рецидив не може бути попереджений внаслідок розвитку ускладнень, асоційованих з прийомом сечогінних засобів.

Мета дослідження. Встановити можливі предиктори розвитку резистентного асциту у пацієнтів з цирозом печінки.

Матеріали та методи. Нами проведено спостереження 97 пацієнтів, які лікувалися в гастроентерологічному відділенні та відділенні анестезіології та інтенсивної терапії Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А.Новака м. Ужгород за період з січня 2008 по березень 2011 року. У досліджуваній групі було 53 пацієнти з верифікованою вірусною етіологією цирозу, 30 токсичною та 14 пацієнтів з невстановленою етіологією захворювання.

Діагноз захворювання виставлявся з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних (біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі,

визначення маркерів вірусів гепатиту В і С) та інструментальних методів дослідження (УЗД органів черевної порожнини, ФГДС верхніх відділів шлунково-кишкового тракту). У всіх пацієнтів при поступленні проводилося опитування за розробленою формою. Наявність резистентного асциту встановлювали за діагностичними критеріями Європейського товариства по вивченню печінки (2008 р.)

Серед 97 обстежених хворих, чоловіків було 56 (57,7%), віком $47,2 \pm 6,6$ років, жінок було – 41 (42,3%), віком $42,6 \pm 4,3$ років.

Результати досліджень та їх обговорення. У результаті проведеного дослідження виявлено, що у 39 (40%) пацієнтів розвилися ознаки резистентного асциту на фоні цирозу печінки. На основі цих даних, ретроспективно, всіх пацієнтів досліджуваної групи розділено на дві підгрупи: 1 підгрупа – пацієнти, у яких розвився резистентний асцит – 39 (40%), та друга підгрупа – без ознак резистентного асциту – 58 (60%).

Дані результатів анамнестичного та клініко-лабораторного спостереження у пацієнтів з першої підгрупи наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Результати спостереження у пацієнтів першої підгрупи

№	Можливий предиктор	Кількість пацієнтів	%
1	Інфекційна етіологія захворювання	13	33,3
2	Токсична етіологія захворювання	21	53,8
3	Тривалість даного захворювання більше 5 років	28	71,8
4	Функціональний клас за Child-Pugh –А	2	5,1
5	Функціональний клас за Child-Pugh –В, С	37	94,8
6	Кількість загострень захворювання 2 і більше протягом останнього року	17	43,5
7	Асцит в анамнезі	30	77
8	Варикозне розширення вен стравоходу II, III ст.	26	66,6
9	Постійне застосування 2 і більше препаратів	15	38,5
10	Спленомегалія	13	33,3
11	Наявність хронічних супутніх захворювань	20	51,3
12	Гепаторенальний синдром в анамнезі	17	43,5

Згідно, отриманих даних, серед пацієнтів, у яких розвився резистентний асцит, найчастіше виявляли: функціональний клас В та С за Child-Pugh – 94,8% випадків, асцит в анамнезі – 77% та

тривалість захворювання понад 5 років – 71,8% випадків.

Дані результатів анамнестичного та клініко-лабораторного спостереження у пацієнтів з другої підгрупи наведено у таблиці 2.

Таблиця 2

Результати спостереження у пацієнтів другої підгрупи

№	Можливий предиктор	Кількість пацієнтів	%
1	Інфекційна етіологія захворювання	17	29,3
2	Токсична етіологія захворювання	32	55,1
3	Тривалість даного захворювання більше 5 років	30	51,7
4	Функціональний клас за Child-Pugh –А	19	32,7
5	Функціональний клас за Child-Pugh –В, С	39	67,2
6	Кількість загострень захворювання 2 і більше протягом останнього року	22	38
7	Асцит в анамнезі	24	41,3
8	Варикозне розширення вен стравоходу II, III ст.	29	50
9	Постійне застосування 2 і більше препаратів	19	32,7
10	Спленомегалія	17	29,3
11	Наявність хронічних супутніх захворювань	27	46,5
12	Гепаторенальний синдром в анамнезі	14	24,1

Згідно отриманих даних, серед пацієнтів, у яких не виявлено ознак резистентного асциту із запропонованих можливих предикторів найчастіше виявляли: функціональний клас В та С за Child-Pugh – 67,2% випадків, інфекційну етіологію за-

хворювання – 55,1% та тривалість захворювання більше 5 років – 51,7% випадків.

Результати порівняльного ранжування частоти виявлення предикторів у обох підгрупах наведено на рисунку 1.

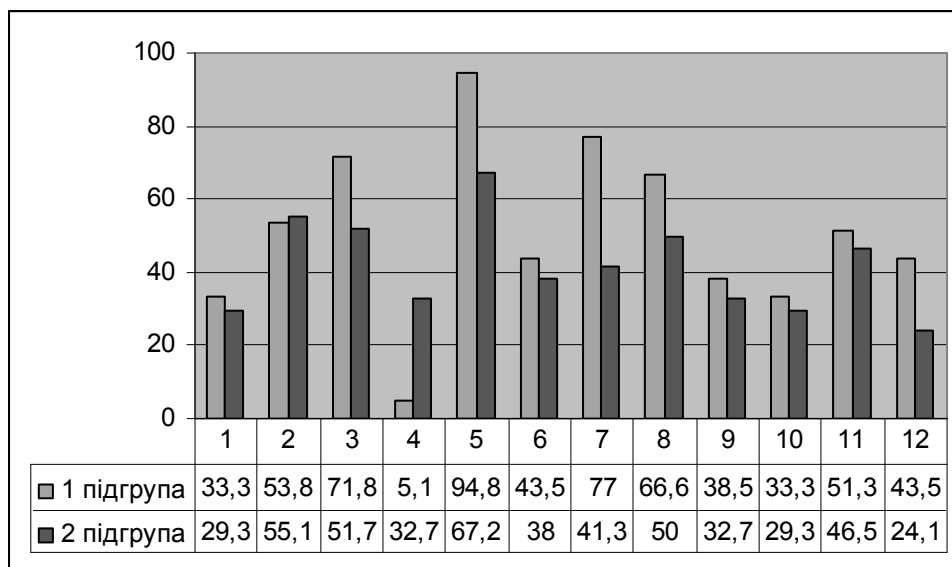


Рис.1. Ранжування частоти виявлення предикторів у обох підгрупах.

Проранжувавши відносні відхилення частоти виявлення можливого предиктора розвитку резистентного асциту в кожній з підгруп встановлено, що найважливішими є наявність асциту в анамнезі (35,7 відсоткових пунктів), функціональний клас В та С за Child-Pugh (27,6 відсоткових пунктів), тривалість захворювання понад 5 років (20,1 відсоткових пунктів) та наявність гепаторенального синдрому в анамнезі (19,4 відсоткових пунктів).

Висновки. 1. У пацієнтів з резистентним асцитом з оцінюваних можливих предикторів найбільш часто зустрічалися: функціональний клас В та С за Child-Pugh – 94,8% випадків, асцит в анамнезі –

77% та тривалість захворювання більше 5 років – 71,8% випадків.

2. У пацієнтів без ознак резистентного асциту з оцінюваних можливих предикторів найбільш часто зустрічалися: функціональний клас В та С за Child-Pugh – 67,2% випадків, інфекційну етіологію захворювання – 55,1% та тривалість захворювання більше 5 років – 51,7% випадків.

3. При оцінці відносних відхилень у підгрупах, уточнено важливість таких предикторів резистентного асциту як – наявність асциту в анамнезі, функціональний клас В та С за Child-Pugh, тривалість захворювання більше 5 років та наявність гепаторенального синдрому в анамнезі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРА

1. Корильчук Т.Б. Функціонально-біохімічний стан печінки і нирок за умов токсичного ураження /Т.Б. Корильчук // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. —2006. — № 1. — С. 68—70.
2. Передерий В.Г. Клинические лекции по внутренним болезням (Гастроэнтерология, гематология, нефрология) / Передерий В.Г., Ткач С.М. — Киев: Манускрипт, 2008. — 560 с.
3. Малоінвазивні методи лікування асцитичного синдрому при портальній гіпертензії / Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В. [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2004. — № 8(1). — С.207—210.
4. Bolondi L. Portohepatic vascular pathology and liver disease: diagnosis and monitoring / Bolondi L., Gaiani S., Gebel M. // Eur. J. Ultrasound. — 1998. — Vol. 7, Suppl. 3. № 4. — P.41—52.
5. Denie C. Circulatory hyperkinesis of cirrhosis: etiopathogenesis, clinical and therapeutic implications / Denie C., Henrion J. //Acta Gastroenterol. Belg. — 1993. — Vol. 56. — P.338—346.
6. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors / Gines P., Quentero E., Arroyo V. [et al.] // Hepatology. — 1988. — Vol. 7. — P.122—128.

N.M. MALYAR, M.M. IVACHEVSKIY, O.I. PETRICHKO

Uzhgorod National University, Faculty of Medicine, Uzhgorod

PREDICTORS OF RESISTANT ASCITES IN PATIENTS WITH HEPATIC CIRRHOSIS

In the article attempt to determine possible predictors of the resistant ascites is carried out. Determined that approximately in 40% patients with hepatic cirrhosis appeared resistant ascites. Find out that important in this state prognosis are ascites in anamnesis, functional class B and C for Child-Pugh, duration of this disease more than 5 years and hepatonephric syndrome in anamnesis.

Key words: predictors, hepatic cirrhosis, resistant ascites

Стаття надійшла до редакції: 15.07.2011 р.