

Гепаторенальный синдром - описание клинического случая

Бахтиярова Г.К.

Клинико-диагностический центр МКТУ, г. Туркистан, Казахстан

ВВЕДЕНИЕ. Гепаторенальный синдром (ГРС) является довольно частой патологией у пациентов с циррозом печени (ЦП) и асцитом.

Термин «гепаторенальный синдром» был представлен в 1916г. P.Merklen и принят в 1939г. W.Nonnenbruch как «сочетание анатомически определенного заболевания печени со значительным ограничением функции почек при незначительных или полном отсутствии морфологических изменений в них». В настоящее время под ГРС понимают функциональную, олигурическую, прогрессирующую, но в то же время обратимую патологию почек, возникающую при тяжелых заболеваниях печени с печеночной недостаточностью, когда исключены другие причины, способствующие повреждению почек. Функциональный характер почечной недостаточности у больных с асцитом на фоне ЦП был подтвержден полным восстановлением функции почек после их трансплантации и после пересадки печени.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ: больная 50 лет, с жалобами выраженную общую слабость, быструю утомляемость, тянущие боли в правом подреберье, снижение аппетита, увеличение живота в объеме, вздутие живота, отеки на ногах, тошноту, частые носовые и десневые кровотечения, кожный зуд, желтушность кожи и слизистых, появление красных безболезненных пятен на коже туловища, обеих рук, имеющая клинические проявления печеночно-клеточной недостаточности, печеночной энцефалопатии, гиперспленизма, холестаза, умеренного отечного, портальной гипертензии, асцита. В анамнезе имеет место HCV и HBV с 2005года. На догоспитальном этапе у больной были следующие результаты обследований: БАК от 17.03.14 — общий белок — 63 г/л, креатинин — 94 мкмоль/л, глюкоза- 5,1 ммоль/л, АЛТ- 0,19мккат/л, АСТ -0,20 мккат/л, общий билирубин — 25,10 мкмоль/л, СРБ ++.

ОАК — Hb-120г/л, лейкоциты — $9,0 \times 10^9$ /л, СОЭ — 38 мм/ч.

ОАМ — уд.вес — 1,008, белок — 0,132%, лейкоциты- 7-8-7 в п/зр, эритроциты- 3-4-5 в п/зр. ЭФГДС — Рубцовая деформация луковицы 12 п.кишки. Хронический гастрит. ДЖВП. ВРВП н/3 пищевода I-II степени в стволе без перехода в ложно. УЗИ ОБП — Гепатоспленомегалия. Цирроз печени. Диффузное изменение в паренхиме печени. Портальная гипертензия. Фибросканирование печени от 2012г- Эластичность печени соответствует IV стадии фиброза печени.

ОБСУЖДЕНИЕ. Исходные данные больной были следующими: ОАК от 02.04.14г - эритроциты- $3,59 \times 10^{12}$, гемоглобин -106 г/л, лейкоциты- $5,3 \times 10^9$, тромбоциты $124 \cdot 10^9$ /л (панцитопения).СОЭ-40 мм/ч. ОАМ — уд.вес — 1,015, белок — 25 mg/dl 1+, кетон — 3 mg/dl 2+, эритроциты — 250 Ery/4+, среда — 6, нитрит - pos 1+, лейкоциты — 25 Leu/1+.

БАК — общий билирубин — 73,40 $\mu\text{mol/L}$, АЛТ-62,71 U/L, АСТ-152,97 U/L, амилаза — 21,01 U/L, мочевины — 3,91 mmol/L, креатинин — 46,87 $\mu\text{mol/L}$, общий белок — 59,31 g/L, глюкоза — 3,96 mmol/L. УЗИ — ЦП. Хронический некалькулезный холецистит. Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы. Спленомегалия. Во время стационарного лечения отмечалось нарастание асцитической жидкости, отека нижних конечностей, повышение температуры тела.

На фоне проведенной терапии согласно протоколу лечения основного заболевания, дополнительно назначенных гипоксантов, вазопростана, хофитола, отмечается положительная динамика: симптомы холестаза, диспепсия небеспокоят, асцитическая жидкость уменьшилась в количестве, отека нижних конечностей нет, отмечается пастозность.

Лабораторные данные: ОАМ от 09.04.14 в динамике - протеин — нег, билирубин — нег, эр — 3+, среда -7, нитрит — нег, лейкоциты — нег, уд вес — 1,005, уробилиноген - норм. БАК — общий билирубин — 79,18 $\mu\text{mol/L}$, АЛТ- 57,49 U/L, АСТ — 156,31 U/L. СОЭ - 38 мм/ч. УЗИ ОБП на наличие жидкости — В межкишечном пространстве и малом тазу визуализируется асцитическая жидкость. Больная выписывается с улучшением.

ВЫВОДЫ. Таким образом, можно утверждать, что нарушение функции почек на фоне ЦП с печеночной недостаточностью при правильном подборе базисной и дополнительной терапии, и правильном ведении больного, можно улучшить функцию почек.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Гепаторенальный синдром, клинический случай, печеночная недостаточность.