

Жидовинов Г.И., Климович И.Н., Ирхин А.А., Иголкина Л.А.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра госпитальной хирургии, Волгоградская медицинская академия, Волгоград, Россия

По данным Шиманко И.И. (1993), Гальперина Э.И. (1997), Нашу А. et al. (1997) частота развития гепаторенального синдрома (ГРС) у больных острым калькулезным холециститом (ОКХ) достигает 22-28%. Все авторы отмечают скрытое, атипичное течение, которое приводит к запоздалой диагностике ГРС и его лечению, когда уже в органе наступают труднообратимые изменения. Поэтому важную роль играет прогнозирование вероятности развития ГРС и его профилактики до- и после операции.

С этой целью у 246 больных ОКХ до операции изучались особенности клинического течения заболевания, определялись суммарные функции печени и почек, а также коагулологические нарушения. У 169 (68%) больных ОКХ операции завершались наружным дренированием желче-выводящих путей. Больных старше 60 лет было 177 (72%).

На основании полученных данных, с целью прогноза возможного развития ГРС после операции, мы разработали специальный прогностический индекс (P_{ij}), вычисление которого проводится перед операцией по следующей формуле: $P_{ij} = K + S + A + Q + G + R$, где

K - клиническая группа острого холецистита: острый простой холецистит - 1 балл; острый обтурационный холецистит - 2 балла; острый холецистит с желтухой - 3 балла.

S - возраст больных: до 60 лет - 0 баллов; от 61 до 70 лет - 1 балл; от 71 и старше - 2 балла.

A - сопутствующие заболевания: одно заболевание - 1 балл; два заболевания - 2 балла; более двух заболеваний - 3 балла.

Q - суммарная функция печени: от 30 до 24 ед - 1 балл; от 23 и ниже - 2 балла.

G - суммарная функция почек: от 30 до 25 ед - 1 балл; от 24 и ниже - 2 балла.

R - коагулологические нарушения: нормокоагуляция - 0 баллов; активация свертывания при нормальном фибринолизе - 1 балл; I стадия ДВС - 2 балла.

Мы различали 3 степени P: 1 степень - от 1 до 4 баллов (вероятность развития ГРС составляла коэффициент - 0,05); 2 степень - от 5 до 9 баллов (0,48); 3 степень - от 10 баллов и выше (0,92).

Исходя из полученных результатов исследований, у больных с P_г 2 и 3 степени в комплекс стандартной терапии до операции, с целью профилактики ГРС, включали аспирин, курантил и компламин. Образованию продуктов перекисного окисления липидов ингибировали введением энтеросорбентов регос и в виде клизм, введением прооксиданта (гипохлорита натрия) и естественных антиоксидантов (витамины С, Е). Интраоперационно, для стимуляции функций почек вводили изоптин и малые дозы лазикса, а с целью нормализации процессов гемостаза в брыжейку тонкой кишки - 20 мг клексана. После операции у больных с наружным дренированием желчевыводящих путей обязательно проводилась управляемая декомпрессия и холесорбция.

В итоге разработанных новых методов прогнозирования и профилактики ГРС удалось снизить процент его развития в послеоперационном периоде на 29% и уменьшить переход легких форм ГРС в более тяжелые на 24%. Это привело к снижению летальности у больных острым осложненным холециститом от ГРС с 21% до 15%.