



## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Жумаева М.Ф.

Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ *Резюме*

*Гепаторенальный синдром представляет собой прогрессирующую почечную недостаточность, которая развивается на фоне тяжелого заболевания печени с печеночной недостаточностью и синдромом портальной гипертензии. Данная патология является актуальной, потому что жизненный прогноз при ней крайне неблагоприятный. Средний период выживания при гепаторенальном синдроме I типа составляет 10-14 дней, а при II типе – 15-30 дней, вне зависимости от класса заболевания по Чайльду – Пью.*

*Ключевые слова: Гепаторенальный синдром, частота встречаемости циррозом печени разной этиологии*

## TURLI ETIOLOGIYALI JIGAR SIRROZI BO'LGAN BEMORLARDA GEPATORENAL SINDROM UCHRASH SONI

Jumaeva M.F.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston

✓ *Rezyume*

*Gepatorenal sindrom - bu jigar etishmovchiligi va portal gipertenziya sindromi bilan og'ir jigar kasalligi fonida rivojlanadigan progressiv buyrak yetishmovchiligidir. Ushbu patologiya dolzarbdir, chunki uning hayotiy prognozi juda noxush. Gepatorenal sindromning I turi uchun o'rtacha yashash davri 10-14 kun, II turdagi – Chayl-Pyu bo'yicha kasallikning sinfidan qat'i nazar, 15-30 kun.*

*Kalit so'zlar: Gepatorenal sindrom, jigar sirrozi kasalligida turli sabablar tufayli uchrash chastotasi*

## FREQUENCY OF HEPATORENAL SYNDROME IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS OF DIFFERENT ETIOLOGIES

Jumaeva M.F.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

✓ *Resume*

*Hepatorenal syndrome is a progressive renal failure that develops against a background of severe liver disease with liver failure and portal hypertension syndrome. This pathology is relevant, because the life prognosis for it is extremely unfavorable. The average survival period for hepatorenal syndrome type I is 10-14 days, and for type II - 15-30 days, regardless of the class of the disease according to Child-Pugh.*

*Key word: Hepatorenal syndrome, the frequency of occurrence of cirrhosis of the liver of various etiologies*

### Актуальность

Гепаторенальный синдром – это осложнение, развивающееся у больных с асцитом, ассоциированным с циррозом печени, и носящее характер функциональной почечной недостаточности в отсутствие паренхиматозных заболеваний почек [1]. В 2007 г. Международный клуб асцитов (ICA) классифицировал ГРС на 1-й и 2-й типы (HRS-1 и HRS-2). HRS-1 характеризуется быстрым ухудшением функции почек, которое часто возникает из-за провоцирующего события, в то время как HRS-2 представляет собой умеренную и стабильную или медленно прогрессирующую почечную дисфункцию. Клинически HRS-1 характеризуется острым повреждением почек, в то время как HRS-2 в основном характеризуется рефрактерным асцитом [2]. Наиболее частым триггером для развития HRS-1 является бактериальная инфекция, в основном спонтанный бактериальный перитонит, а также парацентез с удалением большого объема асцитической жидкости без адекватного введения альбумина [3,4]. У ГРС нет конкретных клинических данных. Его физикальные данные в целом отражают лежащее в основе прогрессирующее заболевание печени, острое повреждение почек и имеющиеся нарушения кровообращения. В клинике преобладают соответственно: асцит, желтуха, признаки печеночной недостаточности и энцефалопатии, желудочно-кишечные кровотечения. Также одним из важных показателей является снижение диуреза <500 мл [5,6,7]. Последние диагностические критерии были опубликованы в 2015 г. Диагностические критерии ГРС следующие [8,9,10]:

1. Диагностика цирроза и наличие асцита.
2. Диагностика острого повреждения почек (ОПП).
3. Нет ответа после 2 дней подряд отмены диуретика и увеличения объема плазмы альбумином (1 г/кг).
4. Отсутствие шока.
5. Не использовались в настоящее время или недавно нефротоксические препараты.
6. Отсутствуют макроскопические доказательства структурного повреждения почек, определяемого как:
  - отсутствие протеинурии (> 500 мг/сут);
  - отсутствие микрогематурии (> 50 эритроцитов в поле зрения с большим увеличением);
  - нормальные результаты ультразвукового исследования почек.

Трансплантация печени — лучший вариант лечения для пациентов без противопоказаний к процедуре, но это не всегда возможно из-за малой продолжительности жизни. Методы лечения, внедренные в течение последних лет, такие как применение сосудосуживающих препаратов (аналоги вазопрессина,  $\alpha$ -адренергические агонисты) или трансъюгулярный внутрипеченочный портосистемный шунт, эффективны для улучшения функции почек. Тем не менее трансплантация печени должна проводиться подходящим пациентам даже после улучшения функции почек, поскольку исход ГРС неблагоприятен. Однако недавние результаты показывают, что риск развития ГРС на фоне спонтанного бактериального перитонита может быть снижен путем введения альбумина вместе с антибактериальной терапией, а риск ГРС, возникающего при тяжелом алкогольном гепатите, может быть снижен путем введения пентоксифиллина [8].

**Целью исследования** было определение частоты встречаемости гепаторенального синдрома с учетом этиологии, пола, возраста и степени тяжести по Чайльду – Пью, оценить достоверность постановки гепаторенального синдрома как осложнения цирроза печени.

### Материал и методы

Представлены результаты наблюдения 42 больных (мужчин 25, женщин 17) с циррозом печени, находившихся в БОММЦ в отделении гастроэнтерологии с 2021 по 2022 гг. Возраст больных составил от 30 до 80 лет, средняя продолжительность патологии печени составила 6 лет до 2 года.



### Результат и обсуждения

Наибольшее количество больных – 28 человека (66,6%) составляли пациенты в возрасте от 41 года до 60 лет, то есть лица трудоспособного возраста, в том числе пенсионеры. Основным этиологическим фактором развития цирроза печени в исследуемой группе является токсический – 22 человек, 52,3% от числа всех обследуемых пациентов, на втором месте был вирусный гепатит – 11 человека (26,1%), на третьем – первичный билиарный цирроз – 6 человек (14,2%); значительно реже наблюдались больные с кардиальным циррозом печени – 3 человек (7,1%). Наиболее часто встречался класс В по Чайльду – Пью – 29 человека (69%), вторым по частоте был класс А по Чайльду – Пью – 10 человек (23,8%), реже всего встречался класс С по Чайльду – Пью – 3 человека (7,1%). Это объясняется средней выживаемостью таких больных. При классе С по Чайльду – Пью годовичная выживаемость составляет 45%, при классе В – 81%, а при классе А – 100%. Следовательно, основные классы тяжести, с которыми придется работать, это классы А и В по Чайльду – Пью. Из 42 пациентов у 3 человек (7,1%) развился гепаторенальный синдром с классом С по Чайльду – Пью, у мужчин он развивался в 10,7% случаев, а у женщин в 3,5% случаев.

### Выводы

Гепаторенальный синдром развился всего у 7,7% обследованных больных. Преобладали мужчины (в 5 раз чаще) в возрасте от 51 года до 60 лет с алкогольным циррозом печени на фоне хронической алкогольной интоксикации, с классом С по Чайльду – Пью. При анализе данных историй болезней имели место как гипердиагностика данного заболевания, так и недооценка такого грозного состояния. Гепаторенальный синдром выставлялся при наличии только одного основного критерия, что является необоснованным: у 5% обследуемых больных отмечалась гипердиагностика данного осложнения.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Acevedo JG, Cramp ME. Hepatorenal syndrome: Update on diagnosis and therapy. *World J Hepatol.* 2017 Feb 28;9(6):293-299. DOI: <https://doi.org/10.4254/wjh.v9.i6.293>
2. Angeli P, Garcia-Tsao G, Nadim MK, Parikh CR. News in pathophysiology, definition and classification of hepatorenal syndrome: A step beyond the International Club of Ascites (ICA) consensus document. *J Hepatol.* 2019 Oct;71(4):811-822. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2019.07.002>
3. Belcher, J.M. Creatinine Change on Vasoconstrictors as Mortality Surrogate in Hepatorenal Syndrome: Systematic Review & MetaAnalysis / J.M. Belcher, S.G. Coca, C.R. Parikh. // *PLoS One.* – 2015. – Vol.21, N.8. – e0135625. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135625>
4. Ginès A, Escorsell A, Ginès P, et al. Incidence, predictive factors, and prognosis of the hepatorenal syndrome in cirrhosis with ascites. *Gastroenterology.* 1993 Jul;105(1):229-236. DOI: [https://doi.org/10.1016/0016-5085\(93\)90031-7](https://doi.org/10.1016/0016-5085(93)90031-7)
5. Gines P, Guevara M. Hepatorenal syndrome. *Lancet.* 2003 Nov 29;362(9398):1819-1827. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14903-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14903-3)
6. Jumaeva M.F.. Hepatocardiorenal syndrome. *Asian journal of Pharmaceutical and biological research* 2231-2218. Volume 11 Issue 1 JAN-APR 2022 <https://doi.org/10.5281/zenodo.6473017> [pages 82-97](https://doi.org/10.5281/zenodo.6473017)
7. Facciorusso A. Hepatorenal Syndrome Type 1: Current Challenges And Future Prospects. *Ther Clin Risk Manag.* 2019 Nov 27;15:1383-1391. DOI: <https://doi.org/10.2147/TCRM.S205328>
8. Francesco S, Gerbes A, Ginès P, Wong F, et al. Diagnosis, prevention and treatment of hepatorenal syndrome in cirrhosis. *Gut.* 2007 Sep;56(9):1310-1318. DOI: <https://doi.org/10.1136/gut.2006.107789>
9. Lata J. Hepatorenal syndrome. *World J Gastroenterol.* 2012 Sep 28;18(36):4978-4984. DOI: <https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i36.4978>
10. Low G, Alexander GJM, Lomas DJ. Hepatorenal Syndrome: Aetiology, Diagnosis, and Treatment. *Gastroenterol Res Pract.* 2015;2015:207012. DOI: <https://doi.org/10.1155/2015/207012>

Поступила 09.08.2022