5. Okada M. Diagnosis of the nutcracker phenomenon using two-dimensional ultrasonography / M. Okada, K. Tsuzuki, S. Ito // Clin Nephrol. – 1998.– Vol.49, №1. – P.35-40.
6. Qualitative hepatic venous Doppler sonography versus portal flowmetry in predicting the severity of esophageal varices in hepatitis C cirrhosis / W. Gorka, A. Mulla, M. Sebayel et al. //Am J Roentgenol. – 1997.– Vol.169, №2. – P.511-515.
7. Use of Doppler sonography for revealing hepatic artery stenosis in liver transplant recipients / J.F. Platt, G.G. Yutzy, R.O. Bude et Al. // AJR. – 1997. – Vol.168. – P. 473-476.
8. Wachsberg R.H. Portal vein pulsatility in normal and cirrhotic adults without cardiac disease / R.H. Wachsberg, L. Needleman, D.J. Wilson // J. Clin. Ultrasound. – 1995. – Vol.23. – P.2–15.

Сливка Н. О.
кандидат медичних наук, асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Тюлєнєва О. А.
кандидат медичних наук, доцент кафедри патологічної анатомії

Закрутько А. О.
студент медичного факультету № 2

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна

ПРОГНОЗУВАННЯ КОРОТКОСТРОКОВОГО ВИЖИВАННЯ ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМУ СИНДРОМІ

Вступ. В останні роки спостерігається зростання захворюваності на цирози печінки (ЦП), що призводить до стійкої втрати працездатності у активної частини населення [1; 2]. Зміна соціального статусу хворих та погіршення якості їх життя визначає медико-соціальну значимість проблеми.

Цироз печінки входить до числа шести основних причин смерті в економічно розвинених країнах у осіб віком 35-64 років [3; 4]. Однією з причин смерті при цирозі печінки є гепаторенальний синдром (ГРС), який особливо тяжко перебігає на тлі алкогольної хвороби печінки (АХП). На тлі яскравої картини основного захворювання ГРС має швидко прогресуючий перебіг і дуже високу летальність [7].

Єдиним ефективним методом лікування ГРС є трансплантація печінки, яка сприяє повному відновленню функції нирок. Критично важливим моментом є напрацювання тактики терапії, мета якої – підготовка пацієнта до трансплантації печінки, однак вплив такого лікування на виживання хворих залишається невідомим[8; 11; 12].

Тому, актуальною на сьогодні є розробка чітких критеріїв прогнозування короткострокового виживання таких хворих із урахуванням даних морфологічних досліджень сукупно із клінічними показниками важкості стану [9; 10].

Матеріал та методи. Дослідження проводились на базі Обласного наркологічного диспансеру м. Ч. Обстежено 40 осіб, хворих на АХП, віком від 25 до 55 років, із них – 32 чоловіків та 8 жінок, середня тривалість захворювання – 5,5 років.. Пацієнти були розподілені на дві групи:1 група – АХП без ознак ниркової недостатності (n=20), та 2 група – АХП+ГРС (n=20). Усім хворим проводились загальноклінічні та лабораторні обстеження, гістопатологічне дослідження біоптатів печінки. Статистичну оцінку функції виживання хворих проводили за методом Каплан-Мейєра [5].

Результати. Аналіз отриманих даних показав, що у групі 1 45% хворих мали виражену гістологічну активність, ступеню А3, за рахунок запального процесу в печінці. Кількість хворих зі ступнем А1 та А2 склала 52%. Відсутність запалення мала місце лише у одного хворого (3%). Тобто, більшість пацієнтів цієї групи мали активність процесу А1 та А2 за METAVIR ($p<0,05$).

При розподілі хворих цієї групи за ступенем фіброзу ми отримали наступні результати: у 66% пацієнтів визначалися ступені F0 (відсутність фіброзу), F1 (мінімальний фіброз) та F2 (слабкий фіброз); у 34% – мав місце цироз.

У групі 2 більшість хворих (84%) мали виражену гістологічну активність за METAVIR, ступеню А3, за рахунок запального процесу в печінці. Кількість хворих зі ступенем А1 та А2 відповідно склала 16%. Ступінь фіброзу у 2-й групі у 100% пацієнтів відповідав цирозу.

Одно-, двох– та трьохмісячне виживання пацієнтів у першій групі відповідно склало 83%, 72%, та 58%, тоді як у другій групі ці показники були суттєво нижчими: 65%, 21% та 14% ($p<0,05$). За результатом кореляційного аналізу, термін короткострокового виживання пацієнтів із ГРС прямо корелює із балом за шкалою MELD ($r=0,853$) та ступенем гістологічної активності за METAVIR ($r=0,679$) ($p<0,05$).

Перевагою шкали MELD саме як прогностичної моделі є те, що оцінка тяжкості печінкової дисфункції представлена у вигляді безперервної змінної, а не у вигляді категоріального значення (клас або статус). У той же час модель MELD не включає оцінку частих ускладнень цирозу – печінкової енцефалопатії і асциту, що розглядається як деяке обмеження. Іншими обмеженнями можна вважати вплив лабораторної методики на результат вимірювання рівня креатиніну і МНО, що ставить під сумнів порівнянність оцінки тяжкості за шкалою MELD в різних центрах. Більше того, на рівень креатиніну впливають стать, вік, етнічна приналежність, м'язова маса, що також негативно позначається на порівнянності однакового балу за MELD у пацієнтів різних груп, зокрема у пацієнтів жіночої статі або низького харчування [13].

Висновки. Дані проведених досліджень свідчать, що для більш точної оцінки прогнозу короткострокової виживаності пацієнтів із гепаторенальним синдромом, що розвинувся на тлі алкогольної хвороби печінки, слід використовувати поєднання як клініко-лабораторних (бал за MELD), так і патоморфологічних показників (ступінь гістологічної активності за METAVIR).

Список літератури:

1. Абдурахманов Д.Т. Алкогольный гепатит: клиническая характеристика, течение и прогноз / Д.Т. Абдурахманов // Фарматека. – 2008. – № 2. – С. 25-32.
2. Бабак О.Я. Алкогольная болезнь печени: научные достижения и клинические перспективы / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 6 (32). – С. 4-9.