

Клинико-морфологические особенности гепаторенального синдрома на фоне алкогольного цирроза печени

СОЛОВЬЕВ А.Г.

д.м.н., профессор, зам. директора Института психологии и психоневрологии
Северного государственного медицинского университета (СГМУ), Архангельск

УДОВЕНКОВА Л.П.

аспирант Института психологии и психоневрологии СГМУ, Архангельск

Выявлены клинико-морфологические особенности гепаторенального синдрома (ГРС) на фоне алкогольного цирроза печени. Описаны характерные клинические признаки и морфологическая картина почек при разных типах ГРС. Определена взаимосвязь ведущих симптомов и синдромов с данными морфологических изменений почек, присущих ГРС I и II типов, в качестве предикторов неблагоприятного прогноза.

За последнее десятилетие изучению цирроза печени и его осложнениям посвящено множество клинических и экспериментальных исследований [1, 3, 4, 6], однако остается нерешенным ряд вопросов по определению прогноза заболевания и лечению больных, страдающих данной патологией, вследствие чего сохраняется высокий показатель их смертности. В доступной отечественной и зарубежной литературе имеются отдельные публикации, посвященные изучению морфологической картины печени и почек при ГРС алкогольного генеза, имеющие неоднозначный характер. Описаны минимальные изменения в клубочковом и канальцевом аппарате [1], случаи острого канальцевого некроза при ГРС [4]. В то же время, отсутствуют данные, посвященные выявлению зависимости между клиническими проявлениями заболевания и морфологической картиной почек.

Целью исследования было выявление клинико-морфологических особенностей при ГРС различных типов, развившихся на фоне алкогольного цирроза печени.

Объектами исследования были 75 больных синдромом зависимости от алкоголя, европеоидной расы, средний возраст $37,7 \pm 2,3$ года, с ГРС алкогольного генеза I и II типов, получавших лечение в больницах г.Архангельска в период с 2002 по 2006 гг., в том числе с ГРС I типа — 38 чел., II типа — 37 чел. В исследование не включались пациенты с сочетанным (вирусным и алкогольным) поражением печени, а также больные с алкогольным поражением печени при наличии спонтанного бактериального перитонита для исключения влияния инфекционного фактора и проводимой антибактериальной терапии на характер морфологической картины почек. Были уточнены клинические особенности у лиц с различными типами ГРС с определением суточного диуреза. У 42 обследуемых наступил летальный исход; 37 из них были подвергнуты патологоанатомическому вскрытию: 31 — с ГРС I типа и 6 — II типа.

Для выявления морфологических особенностей применялись гистологический (обзорные гистологические препараты получали путем окраски парафиновых срезов толщиной 5—7 мкм гематоксилин-эозином) и электронно-микроскопический методы (материал фиксировали в 2,5%-ном растворе глутарового альдегида на 0,1 М фосфатном буфере с pH 7,2—7,4 в течение 2 ч с последующей фиксацией в течение 1 ч в 1%-ном растворе тетраоксида осмия при температуре 5°C. Кусочки промывали в буфере, обезвоживали в спиртах с концентрированием в 70%-ном спирте 1%-ным уранила-

цетатом в течение 12 ч и заливали в смесь эпоналардита. Для обеспечения прицельного электронно-микроскопического анализа получали серийные полутонкие срезы толщиной 1—2 мкм, которые окрашивали 1%-ным раствором метиленового синего. После идентификации необходимых объектов блоки затачивали с приготовлением прицельных ультратонких срезов на ультратоме LKB-3, контрастировали в 2,5%-ном растворе уранил-ацетата и 0,3%-ном растворе цитрата свинца по Рейнольдсу). Срезы просматривали на электронном микроскопе JEM-100-CX.

Обследуемые больные сравнивались по целому ряду клинических признаков: абдоминальному болевому, диспептическому, геморрагическому, отечно-асцитическому, астеническому синдрому, по наличию и степени выраженности желтухи и энцефалопатии. Проводились исследование показателей гемодинамики (частоты сердечных сокращений, величины артериального давления), определение суточного диуреза.

Основными клиническими признаками, характеризующими ГРС, являлись: астенический синдром, желтушность кожных покровов, снижение диуреза, асцит, периферические отеки, диспептический синдром, геморраги-

Таблица
Частота встречаемости клинических признаков при ГРС I и II типов, %

Клинические признаки	ГРС I типа (n=38)	ГРС II типа (n=37)
Астенический синдром	100	91,9
Желтушность кожных покровов	100	83,8
Снижение диуреза	94,7	59,5
Асцит, всего	100	100
В том числе:		
ненапряженный	36,8	81,1
напряженный	63,2	18,9
Периферические отеки	81,6	10,8
Диспептический синдром	76,3	67,7
Геморрагический синдром	26,3	10,8
Болевой абдоминальный синдром	31,6	29,7
Гипотония	81,6	18,9
Энцефалопатия	100	56,6

ческий синдром, болевой абдоминальный синдром, гипотония, энцефалопатия.

Частота встречаемости указанных синдромов и симптомов при ГРС I и II типов распределилась следующим образом (таблица).

Из таблицы следует, что гипотония, геморрагический синдром, периферические отеки, напряженный асцит, снижение диуреза достоверно чаще встречаются при ГРС I типа.

При сличении клинических признаков у пациентов, умерших в результате ГРС и подвергнутых патологоанатомическому вскрытию, было выявлено, что при сочетании ненапряженного асцита, астенического синдрома, желтушности кожных покровов, диспептического синдрома, болевого абдоминального синдрома, диурезе не менее 500 мл/сут., энцефалопатии изменения в почках носили минимальный характер и заключались в появлении дистрофических изменений эпителия канальцев, клубочковый аппарат оставался без изменений.

В случае выявления у пациентов сочетания признаков в виде напряженного асцита, периферических отеков, снижении диуреза от 500 до 300 мл/сут., гипотонии не более 90/60 мм рт.ст., астенического синдрома, желтушности кожных покровов, диспептического синдрома, болевого абдоминального синдрома, энцефалопатии, геморрагического (у части пациентов) синдрома в почках наблюдались набухание эпителия почечных канальцев, зернистая, белковая, вакуольная дистрофия эпителия почечных канальцев, очаги ишемического сморщивания клубочков, запустевание капилляров клубочков.

При наличии у пациентов сочетания признаков в виде напряженного асцита, периферических отеков, снижении диуреза менее 300 мл/сут., гипотонии более 90/60 мм рт.ст., астенического синдрома, желтушности кожных покровов, диспептического синдрома, болевого абдоминального синдрома, энцефалопатии, геморрагического (у части пациентов) синдрома в почках наблюдались различной степени выраженности (очаговые, парциальные, диффузные) не-

крозы эпителия почечных канальцев, полиочаговое ишемическое сморщивание клубочков, склероз сосудов стромы и околоклубочковых артерий, различной степени выраженная атрофия клубочков.

Анализируя вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что решающее значение в изменении морфологической картины почек при ГРС имеют такие клинические признаки, как величина артериального давления, суточного диуреза и выраженность отеочно-асцитического синдрома. Наслоение на перечисленные признаки даже незначительного геморрагического синдрома приводит к быстрому летальному исходу.

Таким образом, больные с ГРС I типа имеют более выраженные гемодинамические нарушения и нарушения синтетической функции печени. У пациентов с ГРС II типа, протекающего более благоприятно, морфологические изменения в почках носят минимальный характер в виде дистрофии эпителия почечных канальцев. У лиц с ГРС I типа выявленная неоднородность морфологических изменений зависит от показателей гемодинамики, суточного диуреза и степени выраженности отеочно-асцитического синдрома.

Список литературы

1. Тареева И.Е. Нефрология. — М.: Медицина, 2000. — С. 456—461.
2. Николаев А.Ю. Поражение почек при алкоголизме // Алкогольная болезнь / Под ред. В.С. Моисеева. — М., 1990. — С. 73—94.
3. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей. — М.: Издательский дом «М-Вести», 2002.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — С. 864.
5. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Павловская Н.И. Оценка алкогольной ситуации в России // Рус. мед. журн. — 1996. — №7. — С. 421—424.
6. Bataller R., Sort P. Hepatorenal syndrome: definition, pathophysiology, clinical features and management // Kidney Int. — 1998. — Vol. 53. — P. 47—53.
7. Davison A.M. Hepatorenal syndrome // Nephrol. Dial. Transplant. — 1996. — Vol. 11. — P. 24—31.

CLINICAL-MORPHOLOGICAL FEATURES OF HEPATORENAL SYNDROME WITH ALCOHOLIC CIRRHOSIS AT BACKGROUND

SOLOVIEV A.G.

professor, Vice-Director of Institute of Psychology and Psychoneurology, Northern State Medical University (NSMU), Arkhangelsk

UDOVENKOVA L.P.

graduate of Institute of Psychology and Psychoneurology, NSMU

The clinical-morphological features of the hepatorenal syndrome (HRS) with alcoholic cirrhosis at the background have been detected. The typical clinical symptoms and morphological picture of the kidneys in different HRS types have been described. The interaction of the leading symptoms and syndromes with the data of the kidneys' morphological changes peculiar to HRS I and II types as predictors of unfavorable prognosis has been determined.