

ПЕДІАТРІЯ

© Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю., 2009

УДК: 616.36-008.64-06:616.61-008.64]-053.2

ГЕПАТОРЕНАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ: СИНТРОПІЯ АБО ІНТЕРФЕРЕНЦІЯ?

Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю.

Медична академія післядипломної освіти, кафедра педіатричної гастроентерології та нутриціології, м. Харків

РЕЗЮМЕ: розглядаються питання взаємин печінки та нирок при різних захворюваннях у дитячому віці. Підкреслюється, що в педіатричній практиці ці взаємини частіше носять характер синтропії, рідше-інтерференції. Підкреслюється необхідність одночасної корекції стану печінки й нирок при залученні в патологічний процес цих органів.

Ключові слова: печінка, нирки, діти, синтропія, інтерференція

Перебіг багатьох захворювань у дітей в сучасних умовах характеризується поєднаністю уражень, в патологічний процес досить часто утягуються не один, а кілька органів і навіть систем. Такий стан одержав назву коморбідності – одночасна наявність двох або більше (поліморбідність) захворювань. Особливо характерна коморбідність для захворювань травної системи: звичайно характерне одночасне залучення в процес органів гастро-дуоденальної зони і стравоходу (гастро-езофагеальна рефлюксна хвороба), жовчовивідних шляхів і печінки (гепатохолецистит), а іноді й підшлункової залози (холецистопанкреатит), перерахованих травних органів і кишечника (хронічний гастродуоденит + хронічний коліт) і т.д. [2].

Поряд з коморбідністю виділяються також поняття синтропія та інтерференція. Про синтропію говорять у випадках одночасної наявності двох або більше патогенетично тотожних захворювань; про інтерференцію – у випадках виникнення одного захворювання під впливом іншого.

Із цього погляду гепато-ренальний синдром (ГРС) – це типова інтерференція, маючи на увазі, що ГРС – це важка функціональна гостра ниркова недостатність у хворих, що мають виражену печінкову недостатність у результаті гострого або хронічного захворювання печінки. При цьому інша причина ниркової недостатності (прийом нефротоксичних препаратів, обструкція сечовивідних шляхів, хронічні захворювання нирок і ін.) відсутній. Морфологічно нирки при ГРС не змінені, за винятком скорочення числа мезангіальних клітин [4,5].

Найчастіше ГРС відзначається при цирозі печінки (у 40% хворих на цироз). При цирозі печінки розрізняють два типи ГРС. 1-й тип ниркової недостатності розвивається швидко (менш чим за 2 тижні), спонтанно або слідом за ускладненнями (бактеріальний перитоніт, кровотеча). Сироватковий креатинин за цей час збільшується в 2 рази й більше, клубочкова фільтрація зменшується на 50% від вихідної. 2-й

тип ГРС характеризується менш важким і поступово розвивається ГРС. Звичайно він є результатом рефрактерного асцити.

ГРС є самостійною нозологічною формою (K76.7 по МКХ-10) і в педіатричній практиці зустрічається досить рідко. Але взаємини печінки й нирок не обмежуються тільки ГРС.

Вірус гепатиту В може відігравати певну роль у розвитку гломерулонефриту. У вірусоносіїв гепатиту В, а іноді й у гострій стадії цієї хвороби розвивається гломерулонефрит. Як доказ цього положення розглядаються: підвищена частота виявлення маркерів інфікування вірусом гепатиту В и насамперед HbsAg серед хворих різними формами гломерулонефриту; виявлення відкладень HbsAg у клубочках нирок і імунних комплексів HbsAg -анти- HBs, яким надається основне значення в ураженні нирок. Випадки гломерулонефриту реєструються при гострому гепатиті В, а також при хронічному персистуючому і фульмінантному гепатитах тієї ж етіології. На думку деяких дослідників, носійство HbsAg розцінюється як фактор ризику розвитку гломерулонефриту [1].

Серед хворих гепатитом В з наявністю гломерулонефриту реєструються його морфологічні варіанти: мембранозний, мембранозно-проліферативний, ендоекстракапілярний і ін. У дітей частіше відзначається мембранозна форма.

Механізм ниркового ураження, пов'язаного з вірусним гепатитом В не визначений. Висловлюється кілька припущень, пов'язаних з безпосередньою дією імунних комплексів HbsAg – анти-HBs; імунокомплексів, що містять анти-HBs, HbeAg, анти- Hbe; з дією компонентів зруйнованих гепатоцитів і аутоантитіл, вироблених на них в процесі захворювання. У той же час роль вірусів гепатитів С і D у розвитку гломерулонефриту остаточно не визначена, а інформація про участь вірусу гепатиту А в генезі цього захворювання вкрай суперечний.

Це не ГРС – але приклад типової інтерференції – вплив печінки на нирки.

Від ГРС варто відрізнити також поєднані ураження печінки й нирок, які можуть мати місце при деяких захворюваннях, причому не тільки печінки, у дітей. Це т.зв. псевдо-печінково-нирковий синдром, при якому пряма роль печінки в розвитку поразки нирок піддається сумніву, а іноді просто відсутній.

Одночасне ураження печінки й нирок у цих випадках – синтропія, на відміну від інтерференції при ураженні нирок у хворих ГРС і гломерулонефриті при персистенції вірусу гепатиту В, гострому або хронічному гепатиті цієї етіології.

Одночасне ураження обох органів (синтропія) спостерігається при лептоспірозі, жовтій лихоманці, синдромі Рея, саркоїдозі, амілоїдозі, аутоімунній патології.

Ураження печінки й нирок при неспецифічному виразковому коліті (НВК) – приклад типової синтропії, що зустрічається частіше, ніж інтерференція. Позакишечні прояви НВК, зокрема – одночасна ураження печінки й нирок – зв'язані єдиним патогенетичним механізмом з основним патологічним процесом у товстій кишці.

Позакишкові прояви НВК спостерігаються приблизно у 40% хворих дітей, причому в 25% дітей вони носять поєднаний характер. Залежно від особливостей плину основного процесу вони можуть прогресувати й виглядати самостійним захворюванням, що домінує по своїй виразності й активності над НВК. При цьому найчастіше відзначається одночасне ураження печінки й нирок, незалежні друг від друга, але патогенетично тотожні – тобто класичний приклад синтропії.

Слід зазначити, що в останні роки значно змінився характер ураження печінки, що був раніше переважно реактивний і зникаючий до моменту настання ремісії НВК. У цей час до 30% хворих мають персистируючий або активний, поступово прогресуючий (в 25% з них) гепатит, аж до розвитку цирозу печінки. Регрес змін печінки відзначається значно рідше.

Перевазі порушень функцій печінки над патологією інших органів при НВК пояснюється надлиш-

ковим надходженням через систему воротної вени як цілих бактерій, так і елементів клітинних мембран, зруйнованих мікроорганізмів і колоноцитів. Це створює передумови до ослаблення захисного бар'єра й розвитку аутоімунних реакцій у першу чергу саме в печіночній тканині. Але якщо згадати, що самим багатим судинним органом є нирки, стає зрозумілим, чому їхнє ураження при НВК посідає друге місце після печінки.

Лікування одночасного ураження печінки й нирок спрямовано на корекцію стану кожного з органів. Якщо мова йде про ГРС – варто пам'ятати, що надійних методів лікування ниркової недостатності при гострій печінковій недостатності немає. Ключове значення має нормалізація гемодинаміки: розширення ниркових і звуження системних судин, що досягається введенням альбуміну й вазоконстрикторів (терліпресина).

У випадках печінково-ниркової синтропії доводиться проводити корекцію стану печінки й нирок на тлі лікування основного захворювання. Навіть якщо є хоч найменший шанс відновити функцію печінки за допомогою оптимального харчування, замісної терапії (мультивітаміни, мікроелементи, амінокислоти з розгалуженим ланцюгом, урсодезоксихолева кислота, есенціальні фосфоліпіди, препарати лактулози, жовчогінні засоби) – це варто вважати виправданим [3].

Лікування супутньої ниркової патології визначається ступенем поразки нирок – нефропатія, гломерулонефрит).

Безумовно симптоматична терапія при печінково-нирковій синтропії проводиться на тлі лікування основного захворювання. При НВК – це сульфасалазин, пробіотики, за показанням – антибіотики й холіноблокатори.

Одночасне ураження двох або декількох органів при захворюваннях травної системи у дітей в сучасних умовах є правилом. Цю особливість плину гастроентерологічної патології необхідно враховувати, проводячи одночасно корекцію порушених функцій постраждалих органів, безумовно з обліком провідної на даному етапі спостереження патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Детская гастроэнтерология:(избранные главы) / А.А.Баранов, Е.В.Климанская, Г.В.Римарчук. – М.:Медицина, 2002. - 592 с.
2. Белоусов Ю.В. Педиатрична гастроентерология. Клінічні лекції / Ю.В.Белоусов.- Харків: «Факт», 2007.- 376 с.
3. Белоусов Ю.В. Стан печінки при хронічному невиразковому коліті у дітей: матеріали V науково-практичної конф. дитячих гастроентерологів, нефрологів та педіатрів України [“Актуальні питання хронічних захворювань печінки та нирок у дітей”] / Ю.В.Белоусов, Л.Г.Волошина, О.Ю.Белоусова. – Симеїз, 2002.- С. 16-17.
4. Мамаева С.Н., Каримова А.М. Гепаторенальный синдром 1-го й 2-го типу: сучасний стан проблеми / С.Н.Мамаева, А.М.Каримова // Російський журнал гастроентерології, гепатології, колопроктології. – 2008. – №6. – С.4-11.
5. Alessandria C. Noradrenalin vs terlipressin in patients with hepatorenal syndrome: a prospective, randomized, unblinded, pilot study / [Alessandria C., Ottobreilli A., Debernardi-Venon W.] // J.Hepatol. – 2007. – Vol.47. – P.499-505/

SUMMARY

HEPATORENAL SYNDROME IN CHILDREN: SYNTROPY OR INTERFERENCE?

Belousov Yu.V., Belousova O.Yu.

Questions of liver and kidneys interactions in different diseases in children are considered. It is singled that in pediatrics these interactions are often as syntropy than interference. The necessity of concurrent correction state of liver and kidneys in their involving in pathology process is accentuated.

Key words: liver, kidneys, children, syntropy, interference