

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Бозоров А.С.,
Махманазаров О.М.

БУХАРСКИЙ ФИЛИАЛ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бухарский государственный медицинский
институт им Абу Али Ибн Сино

Актуальность. При подготовке к операциям и в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости (ОКН) у больных с циррозом печени (ЦП), важное значение имеет изучение изменений системной гемодинамики: *сердечного выброса* (СВ), объема циркулирующей крови, *артериального давления* (АД) и *общего периферического сосудистого сопротивления* (ОПСС). Одним из факторов, способствующих развитию *гипердинамического кровообращения* при ЦП, является *синдром избыточного бактериального роста* (СИБР) в тонкой кишке.

Цель исследования. Оценить роль синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке в развитии гемодинамических сдвигов при ОКН у больных циррозом печени.

Материал и методы. В исследование были включены 52 больных ОКН с циррозом печени и 16 клинически здоровых лиц, составивших контрольную группу. У всех обследованных проведены диагностика СИБР с использованием водородного дыхательного теста с лактулозой, определение уровня С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови и эхокардиографическое исследование с одновременным определением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений, рассчитаны основные гемодинамические показатели: среднее АД, сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

Результаты. Включенные в исследование больные ОКН и ЦП и клинически здоровые лица были сравнимы по возрасту ($48,9 \pm 12,9$ года vs $46,7 \pm 7,7$ года; $p = 0,541$), *индексу массы тела* — ИМТ ($25,0 \pm 3,4$ кг/м² vs $26,2 \pm 4,5$ кг/м²; $p = 0,278$) и полу (мужчины/женщины: 24/26 vs 6/9; $p = 0,789$). ЦП был компенсированным (класс А по Child-Pugh) у 20 человек, декомпенсированным у 32 человека, в том числе класса В у 20, класса С у 13 человек. СИБР выявлен у 26 (50%) больных ЦП, которые составили группу ЦП-СИБР(+), а больные ЦП без СИБР вошли в группу ЦП-СИБР(-). Группы ЦП-

СИБР(+) и ЦП-СИБР(-) также были сравнимы по возрасту ($49,1 \pm 12,9$ года vs $48,7 \pm 13,3$ года; $p=0,904$), ИМТ ($25,2 \pm 4,2$ кг/м² vs $24,7 \pm 3,2$ кг/ м²; $p=0,636$), полу (мужчины/женщины: 13/13 vs 11/13; $p=0,785$) и тяжести течения ЦП (баллы по Child-Pugh: $8,31 \pm 2,40$ vs $7,83 \pm 2,14$; $p=0,465$). СИБР был выявлен у 45% (9 из 20) больных компенсированным ЦП и 46,9% (15 из 32) больных декомпенсированным ЦП.

ФВ была значимо ниже у больных ЦП независимо от наличия СИБР, который не оказывал на нее значимого влияния. Это свидетельствует в пользу того, что при ЦП наблюдается незначительное снижение систолической функции ЛЖ, но оно не связано с наличием СИБР.

У больных ОКН с циррозом печени с СИБР, по сравнению с больными ОКН с циррозом печени без СИБР, были ниже среднее АД ($82,7 \pm 9,0$ мм рт. ст. vs $92,0 \pm 14,0$ мм рт. ст.) и ОПСС ($16,4 \pm 4,4$ мм рт. ст.× мин/л vs $21,3 \pm 5,3$ мм рт. ст. мин/л), а также выше СВ ($5,38 \pm 1,41$ л/мин vs $4,52 \pm 1,03$ л/мин) и концентрация СРБ в плазме крови ($1,2 \div 10,5 \div 16,5$ мг/л vs $0,6 \div 2,8 \div 9,1$ мг/л). СИБР приводил к подобным изменениям только у больных ОКН декомпенсированным ЦП. При этом значимые гемодинамические нарушения практически не выявляли у больных ОКН декомпенсированным ЦП без СИБР и ОКН компенсированным ЦП независимо от наличия СИБР. У больных ОКН с циррозом печени выявлена значимая корреляция концентрации СРБ в плазме крови с ОПСС ($r = -0,367$; $p=0,009$) и СВ ($r=0,313$; $p=0,027$), но не со средним АД ($r = -0,227$; $p=0,113$).

Выводы.

1. СИБР при ЦП играет важную роль в развитии вазодилатации, артериальной гипотензии и гипердинамического кровообращения.
2. Гипердинамическое кровообращение (повышенное СВ), артериальная гипотензия (снижение САД, ДАД и СрАД) и артериальная вазодилатация (снижение ОПСС) развиваются практически только у больных декомпенсированным ЦП с СИБР.
3. Системное воспаление развилось в основном у больных ОКН декомпенсированным ЦП с СИБР, которая приводит к увеличению интенсивности системного воспаления независимо от степени компенсации ЦП
4. Поскольку эти гемодинамические нарушения усугубляют течение портальной гипертензии, терапия, проводимая с целью устранения СИБР, может уменьшить ее выраженности, что имеет важное значение в периоперационной подготовке при ОКН у больных ЦП