**МАРС ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ**

Фомин А.М., Титова Г.В.

*ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.*

*129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация. Тел.: рабочий +7(495)6317219, мобильный +7(985)2502799.E-mail:* [galinatitova@mail.ru](mailto:galinatitova@mail.ru).

**Введение:**

Совершенствование методов лечения острой и хронической печеночной недостаточности остается одной из важнейших и актуальных задач современной медицины. Печеночная недостаточность становится причиной смерти около трети больных, страдающих заболеваниями печени [1]. Синдром печеночной недостаточности представляет собой симптомокомплекс, характеризующийся нарушением функций печени вследствие острого или хронического повреждения ее паренхимы [1, 2].

Острая печеночная недостаточность развивается в результате массивного некроза гепатоцитов, который приводит к резкому ухудшению функции печени у пациентов. Ведущим признаком острой печёночной недостаточности является печеночная энцефалопатия, в решающей степени определяющая тяжесть состояния и прогноз заболевания. Летальность при острой печёночной недостаточности по данным разных авторов составляет от 50% до 90% [1, 3]. Эффективными методами терапии печёночной недостаточности являются экстракорпоральные методы лечения, которые стали неотъемлемым компонентом терапии пациентов в критических состояниях. Целью использования экстракорпоральных методов при печеночной недостаточности являются удаление метаболитов и токсинов из кровотока, для снижения эндотоксикоза и предотвращения дальнейшего прогрессирования печеночной недостаточности. При этом создаются условия для регенерации поврежденной печени и обеспечивается временное замещение некоторых утраченных функций печени. [4].

**Материалы и методы:**

Предлагаем к рассмотрению клинический случай лечения фульминантного токсического гепатита, развившегося у молодой женщины 49 лет вследствие сочетанного употребления НПВС (парацетамола) и алкоголя. Из анамнеза заболевания – больна в течение 1 недели, заболела ОРВИ с явлениями интоксикации, подъёмом температуры до 39ºС, по поводу чего принимала парацетамол. Во время лечения ОРВИ больная употребляла алкоголь, после чего у пациентки развился острый токсический гепатит, печёночная недостаточность. При поступлении в отделение хирургической гемокоррекции и детоксикации состояние пациентки крайне тяжёлое, выраженная печёночная энцефалопатия, сопровождающаяся психоэмоциональным возбуждением, уровень сознания – сопор. Обращала на себя внимание выраженная желтушность кожных покровов и склер, с оранжевым оттенком, геморрагический синдром, анурия. Диагноз при поступлении: Острый токсический гепатит. Осложнения: Печёночно-почечная недостаточность. ДВС синдром. Токсическая энцефалопатия. В отделении проведено лечение: инфузионно-дезинтоксикационная, терапия, коррекция метаболи-ческих и электролитных нарушений, назначены гепатопротекторы. Кроме того, проведена экстракорпоральная гемокоррекция направленная на устранение печёночной и почечной недостаточности – МАРС терапия (Молекулярная Адсорбирующая Рециркулирующая Система или альбуминовый диализ) - 3 процедуры от момента поступления.

MARS-терапия основана на применении фильтра MARS FLUX, проницаемого для крупномолекулярных субстанций массой до 50 кДа, коэффициент просеивания для альбумина 0,1; площадь мембраны 2,2 м2, первичный объем заполнения 152 мл. Токсины из крови пациента проходят через мембрану фильтра и связываются с донорским альбумином, используемым в качестве диализата. Раствор альбумина проходит через низкопроницаемый диализатор diaFLUX, где освобожда-ется от водорастворимых соединений. Прохождение через адсорберы – diaMARS AC 250 и diaMARS IE 250, содержащих активированный уголь и ионообменную смолу, обеспечивает удаление связанных с альбумином гидрофобных молекул [5]. Альбуминовый диализ проводили с использованием аппарата MARS (Gambro, Швеция) и аппарата для проведения заместительной почечной терапии Multifiltrate (Fresenius Medical Care, Германия) и терапевтического комплекта MARS. В качестве диализата использовали 600 мл 20% раствора альбумина. Скорость кровотока и альбуминового диализата составляла 180 мл/мин, бикарбо-натного диализата — 500 мл/мин; длительность процедуры 6 - 8 ч. Антико-агуляция в контуре поддерживалась инфузией нефракционированного гепарина, доза которого составляла 500 ед/час.

**Результаты:**

На фоне проводимой МАРС терапии и сопутствующего лечения – отмечалась положительная динамика. Общий билирубин снизился с 960 мкмоль/л до 194 мкмоль/л, желчные кислоты снизились с 176,8 мкмоль/л до 30,2 мкмоль/л к окончанию последней процедуры альбуминового диализа. Отмечалась тенденция к нормализации других лабораторных и общеклинических показателей. Явления печёночной энцефалопатии у пациентки исчезли к 5 суткам нахождения в реанимационном отделении. Больная переведена в общую палату гастроэнтерологического отделения для дальнейшего лечения на 8-е сутки.

**Выводы:**

МАРС-терапия фульминантной печёночной недостаточности при токсическом гепатите в сочетании с интенсивной терапией, протезирует утраченные функции печени, способствует быстрому восстановлению печени и спасает пациенту жизнь.

**Литература:**

1. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей. М.: М-Вести; 2005. 416 с.

2. Гальперин Э.И, Семендяева М.Н, Неклюдова Е.А. Недостаточность печени. М.: Медицина; 1978. 328 с.

3. Хорошилов С.Е, Половников С.Г, Асташев В.Л, Скворцов С.В, Кудряшов С.К, Хазанов А.И. Острая (молниеносная) и острая/хроническая печеночная недостаточность: возможности коррекции альбуминовым диализом на аппарате MARS. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2007:17(2):57–62.

4. Бокерия Л.А, Ярустовский М.Б, ред. Руководство по экстракорпоральному очищению крови. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН; 2009. 468 с.

5. Хорошилов С.Е, Гранкин В.И, Скворцов С.В, Пономарев С.В, Кудряшов С.К, Хазанов А.И. Лечение острой печеночной и печеночно-почечной недостаточности с применением альбуминового диализа на аппарате MARS. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2006;16(2):49–54.