НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ МАССОВОМ ОТРАВЛЕНИИ СОДЕРЖАЩИМИ АЛКОГОЛЬ ЖИДКОСТЯМИ В ПРОЦЕССЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ю.В. Зобнин, Ц.Б. Дашеева, М.А. Третьякова, О.В. Серебряникова, Е.В. Макарова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра внутренних болезней с курсами ПП и ВПТ, зав. – к.м.н., доц. С.К. Седов; МУЗ «Городская клиническая больница № 9» г. Иркутска, гл. врач – Л.П. Пчела, терапевтическое отделение, зав. – О.В. Серебряникова)

Резюме. Представлены результаты исследования основных показателей функции печени у 35 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу массового отравления содержащими алкоголь жидкостями. В клинической картине заболевания преобладали признаки холестатического гепатита. За время лечения не выявлено отчетливой положительной динамики изученных показателей.

Ключевые слова: алкоголь, гепатит, холестаз.

Эпидемия отравлений содержащими алкоголь жидкостями с преимущественным поражением печени, охватившая во второй половине 2006 г. и в первой половине 2007 г. многие регионы Российской Федерации, включая Иркутскую область, привела к возникновению чрезвычайной ситуации в некоторых муниципальных образованиях, в число которых вошел и Иркутск. По данным ГУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Иркутской области» и Департамента здравоохранения администрации Иркутской области в Иркутске с момента начала эпидемии на 23.10.06 было зарегистрировано 17 пострадавших, а по состоянию на 31.08.2007 зарегистрировано 641 пострадавших, из которых умерло 26. В городе с 01.11.06 г. Постановлением мэра г. Иркутска № 031-06-1518/6-1 «О введении на территории г. Иркутска режима повышенной готовности» на территории Иркутска был введен режим повышенной готовности. Приказом начальника Управления здравоохранения и социальной помощи населению Комитета по социальной политике и культуре администрации г. Иркутска № 219-08-490/6 от 15.11.06 «О госпитализации больных токсическим гепатитом» было предписано обеспечить прием больных токсическим гепатитом следующим лечебным учреждениям: МУЗ «МСЧ ИАПО», МУЗ «ГКБ № 1», МУЗ «ГКБ № 3», МУЗ «ГКБ № 8», МУЗ «ГКБ № 10», МУЗ «ГКБ № 9» (больных, поступающих для продолжения лечения); специалистам-токсикологам МУЗ «МСЧ ИАПО» следовало обеспечить оказание консультативной помощи больным, находящимся на лечении в других лечебных учреждениях. Кроме того, был определен график госпитализации пострадавших в соответствующие лечебные учреждения в зависимости от места проживания и дня недели. На основании этого приказа в терапевтическое отделение МУЗ «Городская клиническая больница № 9» г. Иркутска госпитализировались пострадавшие от отравления содержащими алкоголь жидкостями с преимущественным поражением печени, по направлению других лечебных учреждений после уточнения диагноза отравления и назначения лечения.

Учитывая имеющиеся данные о своеобразном характере поражения печени, связанном с гипотетическим этиологическим фактором – полигексаметиленгуанидин гидрохлоридом, а также сведения об упорном и длительном течении данного заболевания, впервые встретившегося в нашей практике, мы проанализировали клинические и лабораторные показатели у больных, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении МУЗ «ГКБ № 9» в связи с отравлением содержащими алкоголь жидкостями.

Под нашим наблюдением находились 35 больных в возрасте от 30 до 67 лет (средний возраст 43,3±1,5 года), из которых большую часть (77,1%) составляли мужчины. Больные переводились в отделение после обследо-

вания и непродолжительного лечения в Городской инфекционной больнице (51,4%), в отделении острых отравлений МУЗ «МСЧ ИАПО» (28,6%), направлялись бригадами скорой медицинской помощи (8,6%), врачами поликлиники (8,6%) или обращались самостоятельно (2,9%).

При поступлении больные жаловались на слабость (100%), различной степени пожелтение глаз и кожи (100%), зуд кожи (91,4%), потемнение мочи (85,7%), обесцвечивание стула (71,4%), тошноту (34,3%), рвоту (8,6%), озноб (5,7%). Все больные связывали начало заболевания с употреблением алкогольных напитков, в том числе спирта сомнительного качества (51,4%), водки (37,1%), крепких сортов пива (5,7%) и крепленого вина (5,7%). Давность, как правило, неоднократно, приема содержащих жидкостей называли от десяти дней до полутора месяцев. Время появления первых признаков заболевания оценивали от 3-5 дней до месяца и больше. Значительная часть (74,3%) больных не отрицали длительного пристрастия к употреблению алкоголя. Некоторые больные (22,9%) ранее отмечали эпизоды появления желтухи после алкогольных эксцессов. Лишь немногие (5,7%) больные сообщили о перенесенном ранее вирусном гепатите. Среди перенесенных заболеваний больные сообщали о туберкулезе (8,6%), гастритах (17,1%), гипертонической болезни (2,9%), алкогольной полинейропатии (2,9%).

При объективном исследовании состоянии большинства больных (85,7%) расценено, как средней тяжести, реже – как тяжелое (8,6%). Признаки энцефалопатии латентной выявлены у 88,6%, первой и второй степени – у 11,4% больных. У всех больных обнаруживали желтушное с шафранным или оливковым оттенком окрашивание слизистых, склер и кожи. При этом на склерах, нередко (28,6%), обнаруживали темно-коричневые конгломераты (глыбки) пигмента, свидетельствующие о давности желтухи. Кожа у больных отличалась сухостью, часто (82,9%) обнаруживались расчесы. Практически не обнаруживали «печеночные» знаки и геморрагии. Складывается впечатление о склонности данной группы больных к артериальной гипотонии: средний уровень систолического давления составил 111,4±1,9; диастолического – 71,4±1,9 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений – 80,7±1,9 уд. в мин. Умеренную болезненность в области правого подреберья обнаруживали у 51,4% больных.

При ультразвуковом исследовании признаки умеренного увеличения печени и повышение ее экзогенности выявляли у всех больных, реже, обнаруживали повышение экзогенности поджелудочной железы (22,9%), утолщение стенки желчного пузыря (17,1%) и его деформацию (2,9%), увеличение размеров селезенки (8,6%).

При лабораторном исследовании обнаруживали в крови тенденцию к анемии (средний уровень эритро-

цитов – $3,6 \pm 0,09 \times 10^9$ /л; гемоглобина – $113,6 \pm 2,2$ г/л), умеренный лейкоцитоз ($10,5 \pm 3,8 \times 10^9$ /л), ускорение СОЭ ($8,5 \pm 2,1$ мм/час), гипербилирубинемия с преимущественным (до 71% от общего билирубина) увеличением конъюгированной фракции, умеренное увеличение активности аланинаминотрансферазы, существенное увеличение щелочной фосфатазы, уровня холестерина. Уровни глюкозы ($5,3 \pm 0,2$ ммоль/л), общего белка ($73,0 \pm 1,8$ г/л), амилазы ($26,9 \pm 0,8$ г/ [ч.л]), мочевины ($6,4 \pm 0,5$ ммоль/л), креатинина ($66,5 \pm 2,8$ мкмоль/л), фибриногена ($5,8 \pm 0,3$ г/л), протромбиновый индекс ($91,9 \pm 1,7$ %) находились в пределах показателей, близких к нормальным. В моче выявляли гипостенурию (УВ $1010 \pm 0,8$), умеренную преходящую протеинурию ($0,079 \pm 0,04$ г/л), билируинурию.

ки, проведенной в целом для группы, представлены в таблице.

Приведенные материалы подтверждают предположение о том, что токсическое поражение печени при массовом отравлении содержащими алкоголь жидкостями, наблюдавшемся в г. Иркутске, носило своеобразный подострый характер с постепенно развивавшимся на фоне предшествующей патологии печени процессом. Оно протекало с преобладанием холестатического синдрома, о чем свидетельствует выявленное относительно благоприятное течение заболевания с умеренно выраженными печеночной энцефалопатией и гепатомегалией без сопутствующей явной спленомегалии, с преимущественным увеличением конъюгированной фракции билирубина, значительным увеличе-

Таблица 1

Основные показатели функции печени в процессе стационарного лечения

Показатель	При поступлении	В процессе лечения	При выписке
	1	2	3
Билирубин общий (мкмоль/л)	$415,9 \pm 40,1$	$420,9 \pm 42,5$	$417,5 \pm 42,7$
Билирубин конъюгированный (мкмоль/л)	$295,3 \pm 29,5$	$290,4 \pm 29,7$	$290,1 \pm 29,5$
Билирубин неконъюгированный (мкмоль/л)	$118,9 \pm 13,4$	$131,9 \pm 18,9$	$129,7 \pm 19,6$
Аспаратаминотрансфераза (ммоль/ [ч.л])	$1,3 \pm 0,14$	$1,1 \pm 0,08$	$1,1 \pm 0,09$
Аланинаминотрансфераза (ммоль/ [ч.л])	$2,7 \pm 0,27$	$2,5 \pm 0,22$	$2,3 \pm 0,22$
Щелочная фосфатаза (мкмоль/ [ч.л])	$2408,6 \pm 188,7$	$2556,3 \pm 175,7$	$2500,6 \pm 176,1$
Холестерин общий (ммоль/л)	$13,0 \pm 0,9$	-	$13,1 \pm 0,9$

Примечание: статистические различия между показателями в графах 1 и 2; 1 и 3 незначимы ($p > 0,05$).

Все больные получали гепатотропную поддержку растворами глюкозы, тиамин хлорида, пиридоксина гидрохлорида, аскорбиновой кислоты, токоферола ацетата, препараты урсодезоксихолевой кислоты, реже – глюкокортикостероиды, эссенциальные липиды, смесь аминокислот. С целью уменьшения зуда применяли антигистаминные средства и тиосульфат натрия.

В результате лечения у больных улучшилось самочувствие, отмечалось некоторое уменьшение интенсивности желтухи, снижение слабости, появление аппетита, уменьшение зуда, нормализация цвета мочи. В крови отмечено некоторое уменьшение уровня лейкоцитов ($8,3 \pm 1,1 \times 10^9$ /л). Эти изменения позволили у большинства больных оценивать эффективность проведенного лечения как улучшение. Средняя продолжительность госпитализации составила $16,6 \pm 0,5$ койко-дней.

В то же время, анализ лабораторных показателей функции печени не выявил отчетливых положительных изменений за время лечения. Результаты такой оцен-

нием активности щелочной фосфатазы и уровня холестерина в крови, с мучительным кожным зудом. Определенная роль в формировании заболевания принадлежит и выявляемой нефропатии, протекающей с тубуло-интерстициальным компонентом, что подтверждается отмеченной протеинурией и гипостенурией, вероятно, связанной со значительной билируинурией.

Отсутствие отчетливой положительной динамики в процессе лечения, подтверждает имеющееся мнение о данном патологическом процессе как о продолжительном и трудно поддающемся кратковременной медикаментозной терапии, что характерно и для внутридолевого (внутриклеточного) холестаза иной этиологии.

Более точные характеристики данного острого массового заболевания и его исходов могут быть получены лишь при продолжительном динамическом наблюдении пострадавших, и длительном лечении, одним из основных условий, эффективности которого является отказ от злоупотребления алкоголем.

SOME PARAMETERS OF FUNCTION OF THE LIVER IN VICTIMS OF THE MASS POISONING WITH ALCOHOL CONTAINING LIQUIDS DURING HOSPITALIZATION

Yu.V. Zobnin, T.B. Dasheeva, M.A. Tretjakova, O.V. Serebrennikova, E.V. Makarova
(Irkutsk State Medical University, «City Hospital № 9», Irkutsk)

A finding of investigation of the basic parameters of function of a liver in 35 patients who were hospitalized concerning a mass poisoning by alcohol containing liquids are submitted. In a clinical course of disease attributes of cholestatic hepatitis prevailed. During treatment it was not revealed the distinct positive dynamics of the investigated parameters.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куценко С.А. Основы токсикологии: Научно-методическое издание. – СПб.: Фолиант, 2004. – С.637-658.
2. Острые отравления спиртами: Метод. письмо / Под ред. проф. В.Г. Сенцова. – Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2004. – 32 с.
3. Подымова С.Д. Внутрипеченочный холестаз: патогенез и лечение с современных позиций // Гастроэнтерология – приложение к Consilium Medicum. – 2004. – Т. 6, № 2. – 7 с.
4. Delaney K.A. Hepatic Principles // Goldfrank's toxicologic emergencies / Ed. L.R. Goldfrank. – 6th ed. – Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1998. – P.213-228.
5. Wax P.M. Toxicologic Plagues and Disasters in History // Goldfrank's toxicologic emergencies / Ed. L.R. Goldfrank. – 6th ed. – Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1998. – P.19-28.