Заключение

Комплексная структурно-метаболическая оценка состояния тканей нижней конечности при диабетической гангрене позволяет определить критерии их жизнеспособности посегментно и по уровню поражения. Использование критериев жизнеспособности тканей способствует объективной оценке адекватности выбора уровня ампутации. Наряду с клинико-функциональными и лабораторно-инструментальными методами исследования целесообразно проводить толстоигольную биопсию кожи и мышц на различных уровнях голени и бедра в дооперационном периоде. Для этого необходимо учитывать предложенные критерии жизнеспособности тканей.

Сведения об авторах статьи

Мустафин Тагир Исламнурович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ГОУ ВПО БГМУ
Адрес: г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3; телефон (347) 232-30-00

Дивеева Гульнара Дамировна, к.м.н., старший преподаватель кафедры патологической анатомии ГОУ ВПО БГМУ
Адрес: г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3; телефон: (347) 232-30-00; e-mail: diveyevagd@yandex.ru

Зиганшин Инзар Маратович, к.м.н, врач-ординатор отделения гнойной хирургии ГКБ № 21 г. Уфы
Адрес: г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов, Г.Г. Основы количественной патологической анатомии / Г.Г. Автандилов. – М.: Медицина, 2002. – 239с.
2. Кондрашин, Н.И., Санин В.Г. Ампутация конечностей и первичное протезирование / Н.И. Кондрашин, В.Г. Санин. – М.: Медицина, 1984. – 160с.
3. Кокобелян, А.Р., Зигмантович Ю.М. Синдром диабетической стопы и атеросклероз артерий нижних конечностей. / А.Р. Кокобелян, Ю.М. Зигмантович // Вестник хирургии. – 2006. – № 3. – С.74-78
4. Кочергина, И.И. Сахароснижающая терапия диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом II типа. / И.И. Кочергина. // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 12. – С.39-42
5. Мустафин, Т.И. Клиническое состояние культей голени у первично и повторно протезируемых больных. / Т.И. Мустафин // Протезирование и протезостроение. – 1985. – Вып. 73. – С. 46-53

УДК 616.36-004.2-06-085:546.214
© Р.М. Гарипов, А.В. Максимов, Р.А. Лихтер, П.И. Миронов, Ф.М. Адилева, 2009

Р.М. Гарипов, А.В. Максимов, Р.А. Лихтер, П.И. Миронов, Ф.М. Адилева

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Клиника Башкирского государственного медицинского университета, г.Уфа

В статье описан случай успешного лечения больной с алкогольным циррозом печени с применением методов озонотерапии. Была использована методика ректальных инсуффляций (клизм) озонокислородной смеси. Метод предлагается как дополнение к лечению алкогольной болезни печени на разных ее стадиях.

Ключевые слова: алкогольный цирроз печени, острый алкогольный гепатит, медицинский озон, озонотерапия, ректальная озонотерапия, алкогольная болезнь печени, стеатогепатоз.

R.M. Garipov, A.V. Maximov, R.A. Likhter, P.I. Mironov, F.M. Adileva

THE SUCCESSFUL CASE OF TREATMENT OF THE ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS USING OZONETHERAPY

The successful case of treatment of a female patient with alcoholic liver cirrhosis (LC) using ozonetherapy (OT) is described in the article. The method of rectal insufflations (enemas) of an ozone-oxygen mixture (OOM) was used. This method is offered as an addition to treatment of the alcoholic liver disease in its different stages.

Key words: alcoholic liver cirrhosis, acute alcohol-induced hepatitis, medical ozone, ozonetherapy, rectal ozonetherapy, alcoholic liver disease, steatohepatosis

Актуальность внедрения новых альтернативных и вспомогательных методов лечения такого грозного заболевания, как цирроз печени (ЦП), не вызывает сомнений. ЦП занимает второе место среди причин смертности от болезней органов пищеварения, уступая только опухолям. Распространенность его составляет 2-5% (по данным аутопсий), смертность от него в различных регионах колеблется от 14 до 30 случаев на 100 тыс. населения [1,4,5,9,10]. Второе место по частоте после ЦП вирусной этиологии занимают алкогольные ЦП [3,4,5,9,10] .

По данным гепатологов, прекращение действия этиологического фактора (т.е. воздержание от приема алкоголя) не всегда приводит к *прекращению прогрессирования* заболевания и выздоровлению[2,3,4]. Это обусловлено, по-видимому, включающимися вторичными иммунными и аутоиммунными механизмами патогенеза ЦП [1,3,4,9]. По данным Американской коллегии терапевтов, 5-летняя выживаемость при алкогольных ЦП составляет 23%, 10-летняя – всего 7% [5].

Таким образом, фармакотерапия острых алкогольных гепатитов с исходом в ЦП не всегда приводит к ремиссии и излечению. Отечественными и зарубежными специалистами ведутся поиск и внедрение новых медицинских технологий в комплексном лечении ЦП и его осложнений. Сюда относятся пересадка печени, регенеративная хирургия ЦП с применением биоматериала «Аллоплант», TIPS (трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование) и спленоренальное шунтирование, система экстракорпоральной детоксикации MARS [12,9,8,6,13]. В этой связи определенный клинический интерес представляет терапия медицинским озоном [7,11]. Приводим интересный, на наш взгляд, клинически успешный случай терапии алкогольного цирроза печени с применением методов озоно-терапии (ОТ).

Выписной эпикриз (история болезни)

Больная Н., 44лет, поступила в декабре 2006г. в РКБ им. Г.Г.Куватова с *жалобами* на слабость, утомляемость, кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита и мышечной массы, увеличение живота.

Анамнез. Живет в семье, замужем. Имеет дочь 20 лет. Образование высшее. Домохозяйка. Перенесенные заболевания – простудные, детские инфекции, вирусный гепатит, профессиональные вредности отрицает. На протяжении последних 2-х лет употребляла крепкие сорта охлажденного пива (с содержанием этилового алкоголя 8 об %) практически ежедневно в объеме до 1л, натощак. За 2 недели до поступления в РКБ в амбулаторных условиях в Клинике БГМУ проводился лапароцентез с эвакуацией около 7л асцитической жидкости.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании, заторможена, на сложные вопросы отвечает с задержкой. Критика снижена. Недооценивает серьезность заболевания, с трудом согласилась на госпитализацию. Кожные покровы серо-желтушные, сухие, на коже живота – caput medusae. Местами – телеангиэктазии, следы кровоизлияний. Набухание подкожных вен конечностей. Выраженная гипотрофия мышц конечностей. Склеры иктеричные. Изо рта – сладковатый «печеночный» запах. Дыхание над легкими везикулярное, в нижних отделах – симметрично ослаблено с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС 100 уд/мин. АД 100/60мм рт. ст. Язык суховат, красного цвета. Живот увеличен в объеме, незначительно напряжен, при пальпации болезнен в правом подреберье. Перкуторно – притупление в отлогих местах живота. Печень выступает из-под края реберной дуги: правая доля на 10см, левая – на 4см. Стул и диурез не нарушены. Дисменорея.

Приводим данные обследования (норма указана в скобках).

Общий анализ крови: гемоглобин – 117 г/л (112-152), эритроциты – 3,75*10^12/л (3,6 – 5,1), лейкоциты - 5,85*10^9/л (4-9), тромбоциты - 180*10^9/л (250 – 400), СОЭ - 33 мм/ч (2 –15).

Коагулограмма: фибриноген - 1 г/л (2-4), этаноловый тест положительный (отрицательный), растворимые фибрин-мономерные комплексы – 8,5 г/л(0–4), ПТИ – 30% (80–105), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) - 25 с (20 –25), тромбиновое время – 16 с (10–15). Констатируются выраженная гипокоагуляция, явления хронического ДВС-синдрома.

Биохимический анализ крови: общий белок – 66 г/л (65 – 85), альбумин - 26 г/л (35 – 50), билирубин общий – 50,5 мкмоль/л (6,5 – 20,5), прямой – 3,5 мкмоль/л (0 – 6,5), АсТ – 91,2 ед/л (0 – 40), АлТ – 31,7 ед/л (0 – 40), мочевина – 3,9 ммоль/л (1,7 – 8,3), креатинин – 70,7 мкмоль/л (44 –115). Отмечается превышение билирубина, АсТ, снижение альбумина, свидетельствующие о печеночной недостаточности.

Маркеры вирусных гепатитов: отрицательны на возбудителей вирусных гепатитов А, В, С.

ФЭГДС. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: варикозное

расширение вен (ВРВ) пищевода 2 - 3 степени. Острый эрозивный гастрит.

Сцинтиграфия печени. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: цирроз печени.

УЗИ органов брюшной полости (ОБП). ПЕЧЕНЬ. Размеры увеличены, правая доля 180 на 132мм, левая доля 114 на 72мм, контуры четкие, неровные, края закруглены. Структура неоднородная, на фоне умеренно пониженной эхогенности и диффузной неоднородности. Просвет воротной вены 11мм, вокруг нее - множество коллатералей. Определяется реканализация пупочной вены, ее просвет 5-7мм. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ не изменен. СЕЛЕЗЕНКА увеличена, размеры 170 на 74мм, контуры ровные, четкие. Структура диффузно неоднородная, просвет селезеночной вены расширен до 11-12мм. В воротах определяются сосудистые коллатерали. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА. Картина хронического панкреатита. Определяется свободная жидкость около 600мл во всех отделах брюшной полости. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Диффузные изменения печени (гепатоз, цирроз). Гепатоспленомегалия. Портальная гипертензия. Асцит.

Компьютерная томография ОБП (сентябрь 2006г., сделана в РКБ №2). ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Гепатоспленомегалия. Умеренная портальная гипертензия. Начальные признаки стеатогепатоза. Выявленные изменения небходимо сопоставить с данными УЗИ, клинико-лабораторными данными – проявления хронического гепатита, возможно, с переходом в цирроз печени. Вторичный хронический холецистит. Рентгенопозитивных конкрементов желчного пузыря, холедоха не выявлено (см. рисунок).

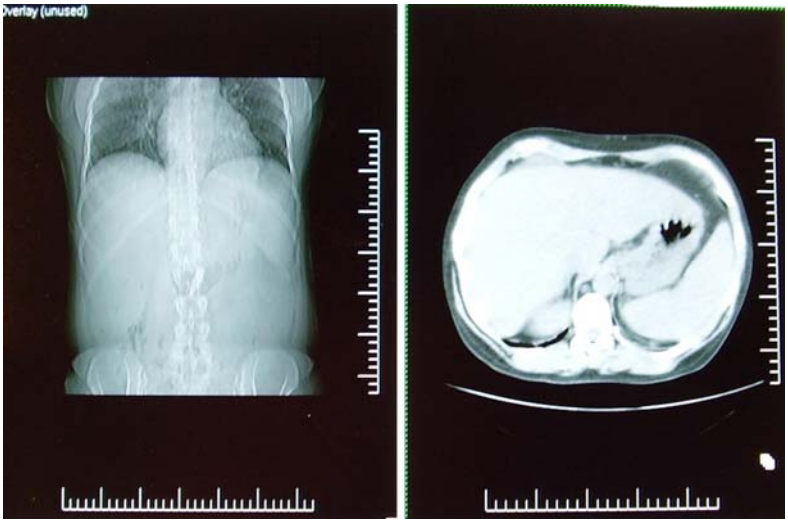

Рис. Фото с компьютерных томограмм ОБП больной Н.

Гистологическая верификация диагноза (биопсия ткани печени) не проводилась ввиду отказа больной.

Больной выставлен *диагноз*: цирроз печени алкогольного генеза, класс С по Чайлд-Пью.

Осложнения: портальная гипертензия, стадия декомпенсации. ВРВ пищевода, спленомегалия, асцит, гепатоцеллюлярная недостаточность 2 - 3 степени, печеночная энцефалопатия 2 степени. ДВС-синдром.

Сопутствующий диагноз: острый эрозивный гастрит.

Учитывая тяжелое состояние больной, ей проведен интенсивный курс консервативной терапии – 4 дня в условиях отделения реанимации, 5 дней в терапевтическом отделении. Применялись гепатопротекторы с разным механизмом действия (аминокислоты, фосфолипиды, витамины), глюкокортикоиды, диуретики, энтеросорбенты, ферменты, гастро-протекторы, инфузии кристаллоидов и белков. Использовались все существующие на сегодня препараты для лечения печеночной недостаточности: гепа-мерц (орнитин) 20 мг в/в капельно 2 р/день, пирацетам 20% 10 мл в/в, дексаметазон 8 мг в/в капельно, эссенциале-форте (фосфолипиды) 5 мл в/в, гептрал (метионин) 400 мг, берлитион (липоевая кислота) 300 мг в/в капельно, пентоксифиллин 2% 5 мл, актовегин 5 мл, эуфиллин 2,4% 10 мл в/в капельно, глюкоза с аскорбиновой кислотой в/в капельно, трансфузии свежезамороженной плазмы N.4 и альбумина 20% 100 мл N.5, верошпирон, квамател, омепразол, лактулоза, панкреатин внутрь.

Выписана домой под наблюдение участкового терапевта с рекомендациями: противопоказаны алкоголь, тяжелый физический труд, контакт с гепатотропными ядами, ядохимикатами. Рекомендовано продолжить: гепа-мерц в/в, затем – в гранулах (длительно),

актовегин в/в, гептрал в/в, дюфалак внутрь – длительно, панкреатин, квамател, верошпирон внутрь. При необходимости - консультация нарколога.

Проведена беседа в семье. Больной разъяснен смертельный риск для ее жизни, связанный с употреблением даже малых количеств алкоголя. Консультирована наркологом.

После выписки из стационара пациентка в течение 3 месяцев (январь, февраль, март 2007г.) принимала рекомендованные гепамерц, верошпирон, лактулозу внутрь. Затем в апреле 2007 года у нее, несмотря на отказ от приема алкоголя и консервативную терапию, строгую диету, ограничение физических нагрузок, вновь появились признаки прогрессирования основного заболевания. Развились слабость, утомляемость, тяжесть в правом подреберье, иктеричность кожи и склер, гипербилирубинемия, гиперлипидемия, рост АсТ по анализам (табл. 1,2). От повторной госпитализации, ФЭГДС, УЗИ ОБП больная отказалась, анализы были сданы амбулаторно.

Методы терапии

Учитывая неэффективность традиционной терапии ЦП, с добровольного информированного согласия пациентки и ее родственников начат курс ректальной озонотерапии (ОТ) в амбулаторном порядке в Клинике БГМУ. Выбирая данный вид ОТ, мы руководствовались методиками и дозами вводимого озона, разработанными S.Rilling, R.Viebahn [11]. Больной был проведен длительный (в течение 7 месяцев) курс ректальной ОТ – 28 клизм озонокислородной смесью (ОКС). Объем 500-600 мл на первых сеансах далее был увеличен до 1000 мл при хорошей переносимости пациенткой. Применялся озонатор «Медозонс БМ» (производства фирмы «Медозонс», Нижний Новгород). Использовалась концентрация озона – 10 мг/л (10 мкг/мл). Периодичность - 1-2 раза в неделю, учитывая хронический характер заболевания. Пациентке сначала делались традиционные очистительные клизмы с целью улучшения всасывания ОКС. Далее больная под руководством обученного персонала сама себе делала газовые клизмы с ОКС, стараясь удерживать ее до полного всасывания в кишечнике в течение 5-7 мин. После процедур отмечала легкость, снижение одышки, «прояснение» мыслей, улучшение работоспособности и выносливости, повышение аппетита.

Необходимо отметить, что в течение ректальной ОТ пациентка параллельно принимала только профилактическую дозу карсила (силимарин) – 70–105 мг/сут внутрь в 2 - 3 приема (апрель-август 2007г.). Диуретики, глюкокортикоиды, другие гепатопротекторы, метаболики, витамины *не принимались*. Соблюдала диету, богатую клетчаткой, с рекомендованным при ЦП содержанием белка (1 - 1,8 г/кг). Соль ограничивалась. Алкоголь был исключен.

Результаты лечения

Приводим данные обследования больной до и после проведенной ректальной озонотерапии.

Таблица 1

Биохимический анализ крови

Показатели	Апрель 2007г	Ноябрь 2007г	Норма
Общ. белок, г/л	76	70	65 - 85
Бил-бин общ.,мкмоль/л	78,3	24,3	6,5-20,5
Бил-бин пр., мкмоль/л	26,8	8,6	0 - 6,5
АсТ, ед/л	93	46	0 - 40
АлТ, ед/л	29	18	0 - 40
Мочевина, ммоль/л	1,83	1,82	1,7- 8,3
Креатинин, мкмоль/л	72,5	67	44 - 115
Холестерин, ммоль/л	7,12	5,12	2,5-6,2
Триглицериды, ммоль/л	1,8	0,832	0,4-1,54
Бета-липопротеиды, ед	64	31,5	25-55

Таблица 2

Коагулограмма

Показатели	Апрель 2007г.	Ноябрь 2007г.	Норма
Фибриноген, г/л	2,1	3,2	2 - 4
Этанол.тест	+	Отр.	Отр.
РФМК	+	Отр.	0 - 4
ПТИ, %	60	82	80- 105
АЧТВ, с	25	23	20-25
Тромбин.время, с	16	12	10 - 15

Как видно из таблиц, после проведенного лечения у пациентки практически нормализовались показатели аминотрансфераз, билирубина, липидов крови, а также системы гемокоагуляции.

УЗИ ОБП (ноябрь 2007г.). ПЕЧЕНЬ. Размеры: + 20мм левая доля, + 39мм правая доля из-под края реберной дуги. Структура гипоэхогенная, неоднородная. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. Топика в норме. Размеры – 103*45мм. Стенки утолщены до 4,5мм. Содержит густую желчь на ¼ объема. Холедох свободен. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА. Размеры 28-26-27мм, гиперэхогенная. Структура однородная, контуры размытые. СЕЛЕЗЕНКА. Структура однородная. Размеры 150*52мм. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Хронический холецистит. Хронический панкреатит на фоне гепатолиенального синдрома. Гепатит.

Клинически больная также отмечала улучшение самочувствия, повышение аппетита, выносливости, работоспособности, увеличение мышечной массы. Исчезло набухание поверхностных вен на предплечьях, голенях, на коже живота исчезла caput medusae, увели-

чилась толщина подкожно-жировой клетчатки. Менструальная функция нормализовалась.

В настоящее время (июнь 2009г., ремиссия 1,5 года) пациентка полностью социально адаптирована, работоспособна, толерантна к физической нагрузке, занимается интеллектуальной деятельностью – много читает, работает на персональном компьютере. В диете соблюдает только отказ от алкоголя. От обследования (анализы, ФЭГДС, УЗИ, КТ) воздерживается.

Выводы

1. Ректальная озонотерапия применительно к стеатогепатозам, циррозам печени и их осложнениям имеет право на всестороннее изучение, рассмотрение и внедрение в клиническую практику наряду с TIPS (трансъюгулярным портосистемным шунтированием), регенеративной хирургией с применением биоматериала «Аллоплант», трансплантацией печени. Необходимо продолжать исследования в этой области и выработать показания к данному виду лечения.

2. Данный метод может использоваться как вспомогательный в комплексном лечении больных с алкогольной болезнью печени в стадиях стеатогепатоза, гепатита. Необходимое условие – отказ от алкоголя на период лечения.

Сведения об авторах статьи

Гарипов Рим Мухарямович – д.м.н., профессор, директор Клиники БГМУ, Заслуженный врач РФ и РБ, лауреат государственной премии РБ
Адрес: 450083, г.Уфа, ул. Шафиева, д.2. Тел.: 8(347)2231192

Миронов Петр Иванович – д.м.н., профессор кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсом трансфузиологии и термической травмы ИПО БГМУ
Адрес: 450075, г.Уфа, ул. Блюхера, д.3. Тел.: 8(347)2357576

Максимов Александр Владимирович – заведующий отделением гравитационной хирургии крови Клиники БГМУ
Адрес: 450083, г.Уфа, ул. Шафиева, д.2. Тел.: 8(347)2231133,
e-mail: a-max@list.ru

Лихтер Ростислав Альбертович – к.м.н., врач-хирург отделения абдоминальной хирургии (№ 2) Клиники БГМУ
Адрес: 450083, г.Уфа, ул. Шафиева, д.2. Тел.: 8(347)2231149

Адилева Флида Максутовна – врач-анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии ГКБ №18
Адрес: 450075, г.Уфа, ул. Блюхера, д.3. Тел.: 8(347)2352951

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюгер, А.Ф. Практическая гепатология / А.Ф. Блюгер, И.Н. Новицкий. – Рига: Звайгзне, 1984. – 405 с.
2. Успешное лечение тяжелой формы острого алкогольного гепатита и спонтанного бактериального перитонита / А.И. Хазанов, А.В. Калинин, Л.И. Буторова [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. - № 2 . - С. 79–83.
3. Яковенко, А.В. Цирроз печени. Вопросы терапии / А.В. Яковенко, Э.П. Яковенко // CONSILIUM MEDICUM. – 2006. – Т. 8,№ 7. - С. 13-16. - URL: http://www.consilium-medicum.com
4. Валенкевич, Л.Н. Болезни органов пищеварения: руководство по гастроэнтерологии для врачей / Л.Н. Валенкевич, О.И. Яхонтова. – СПб.: ДЕАН, 2006. – 656 с.
5. Гастроэнтерология. Клинические рекомендации / под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 208 с.
6. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине : пер. с англ. / под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 1248 с.
7. Максимов, В.А. Озонотерапия. Современное состояние вопроса. – 2009 / В.А. Максимов, А. Чернышев, С. Каратаев. - URL: http://www.allvet.ru/articles/article 54.php
8. Регенеративная хирургия хронических гепатитов и циррозов печени / под ред. М.А. Нартайлакова, С.А. Пышкина, С.Б. Цирятьевой. – Уфа: Лайм, 2008. – 284с.
9. Подымова, С.Д. Болезни печени: руководство для врачей / С.Д. Подымова. – М.: Медицина, 1998. – 703 с.
10.Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Compendium / В.Т. Ивашкин [и др.]. – М.: Литтерра, 2006. – 552 с.
11.Рилинг, З. Практика озоно-кислородной терапии. Информационно-практическое пособие: пер. с нем. / З. Рилинг, Р.Фибан. – Гейдельберг, 1987. - 152 с.
12.Готье, С.В. Родственная трансплантация печени / С.В. Готье // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. – Т.8, № 6 . – С. 28–36.
13.Crenshow, W.B. Severe ascites: efficacy of the transjugular intrahepatic portosystemic shunt. / W.B. Crenshow, F.D. Gordon, N.J. McEniff // Radiology – 1996. – Vol. 200. – P. 185 –192.