

болью диффузного характера — 50 % при ЦГК и 14,3 % — в контроле. В значительно большем проценте случаев отмечено снижение работоспособности (75 и 42,9 % в контроле; $p = 0,08$), быстрая утомляемость (81,3 и 42,9 % в контроле; $p < 0,05$) и трудность при засыпании (62,5 и 28,6 % в контроле; $p = 0,08$).

При анализе результатов опросников Бека и Спилбергера достоверных различий между лицами с ЦГК и контролем нами найдено не было, что может свидетельствовать о сбматизации психологического дискомфорта.

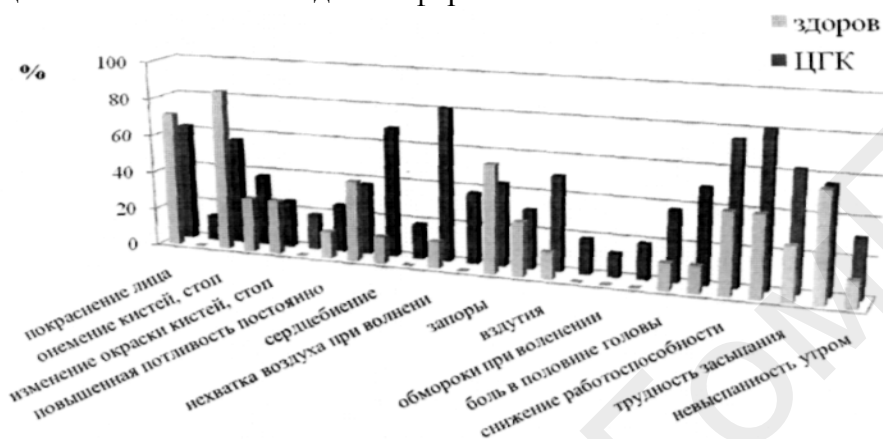


Рисунок 1 — Распределение спектра вегетативных жалоб у пациентов с ЦГК и в контроле

Таким образом, в результате проведенного анализа было показано, что у лиц с ЦГК в противовес группе здоровых лиц наравне с субъективным, имелся субъективный вегетативный дискомфорт, указывающий на преобладание влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов, В. А. Что скрывается за диагнозом «Гипертонический церебральный криз» / В. А. Парфенов, М. В. Замерград. — Невролог, журнал. — 1998. — № 5. — С. 41–43.
2. Шмидт, Е. В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга / Журнал невропат. и психиатр. — 1985. — № 9. — С. 1281–1288.
3. Лихачев, С. А. Транзиторные ишемические атаки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика / С. А. Лихачев, А. В. Астапенко, Н. Н. Беляковский. — Мед. новости. — 2003. — № 10. — С. 31–37.
4. Сравнительный анализ психовегетативного статуса у больных молодого возраста с ишемическим и аутоиммунным повреждением головного мозга / Н. В. Галиновская [и др.] // Медицинская панорама. — 2010. — № 11. — С. 28–32.
5. Галиновская, Н. В. Анализ вегетативного статуса у пациентов с церебральным гипертензивным кризом / Н. В. Галиновская, Е. В. Иванашко // Современные проблемы диагностики и лечения заболеваний лиц пожилого и старческого возраста: Материалы областной науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 70-летию Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ (19 авг. 2011 г.). — Гомель, 2011. — С. 24–27.

УДК 616.36-008.5-035.7:614.21

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Игнатенко П. Ю., Шевцов В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Механическая желтуха (МЖ) — это синдром, развивающийся при наличии препятствия оттоку желчи из желчных протоков в 12-перстную кишку [1, 2]. Диагноз МЖ

включает 2 основополагающих момента: подтверждение обтурационного характера желтухи и определение конкретной причины нарушения проходимости желчевыводящих путей. Диагноз основан на данных анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных методах обследования. Из лабораторных анализов важное значение имеет увеличение общего билирубина, прямой фракции билирубина, щелочной фосфатазы (ЩФ), γ -глутамилтранспептидазы (ГГТП), 5-нуклеотидазы. Из инструментальных методов диагностики наибольшее значение имеет УЗИ печени и желчных протоков, также проводится эндоскопическая ретроградная холангиография, чрескожная чреспеченочная холангиография, магниторезонансная холангиография, биопсия печени [1, 3].

Дифференциальная диагностика механической желтухи сложна, и включает вирусные гепатиты (ВГ), по поводу чего пациенты попадают в инфекционный стационар. Позднее выявление истинной причины механической желтухи приводит к значительной задержке выполнения необходимого хирургического вмешательства и возникновению тяжелых осложнений (желудочно-кишечные кровотечения, гнойный холангит, абсцессы печени, билиарный сепсис, энцефалопатия), что в 14–27 % случаев неминуемо приводит к летальному исходу [2].

Цель исследования

Проанализировать методы диагностики механической желтухи у пациентов в инфекционном стационаре.

Материалы и методы исследования

Изучена 41 история болезни пациентов, поступивших в ГОИКБ за 2004–2011 гг. Пациенты были в возрасте от 21 до 78 лет (медиана возраста 56 лет), среди них 20 мужчин (48,8 %, 95 % ДИ 33–65%) и 21 женщина (51,2 %, 95 % ДИ 35–67 %). Отбор проводился по клиническому диагнозу «механическая желтуха».

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «Statistica» 6.1 с использованием непараметрических статистических критериев. Значения возраста представлены как медиана и интерквартильный размах (25–75 %, ИКР). Для сравнения данных возраста в двух независимых группах использован тест Манна-Уитни. Для оценки долей (%) использован 95 % доверительный интервал (95 % ДИ), рассчитанный с помощью откорректированного метода Вальда.

Результаты исследования

Сравнивался средний возраст пациентов с «механической желтухой» у мужчин (медиана возраста 56 лет, ИКР — 45,5–64) и женщин (медиана возраста 54 лет, ИКР — 42–61), различий не выявлено ($p = 0,6$, тест Манна-Уитни). Из 41 пациента 30 (73,2 %, 95 % ДИ 57–86 %) были направлены в инфекционный стационар врачом поликлиники, 8 (19,5 %, 95 % ДИ 9–35%) доставлены скорой помощью, 3 пациента (7,3 %, 95 % ДИ 2–20 %) были направлены другими стационарами г. Гомеля.

Было проведено сравнение направительных диагнозов у изучаемых пациентов, поступивших в приемный покой ГОИКБ, и диагнозов при поступлении. Направительный диагноз был подтвержден в 24 случаях (58,5 %, 95 % ДИ 42–74%), и в 17 случаях (41,5 %, 95 % ДИ 26–58 %) не совпал. Из 24 подтвержденных диагнозов 17 (70,8 %, 95 % ДИ 49–87 %) приходится на «острый гепатит», 6 (25 %, 95 % ДИ 10–47 %) на «хронический» и 1 (4,2 %, 95 % ДИ 0,1–21 %) на «другие диагнозы». Из не совпавших 17 случаев в приемном покое ГОИКБ наиболее чаще диагностировали хронические формы поражения печени — 12 (70,5 %, 95 % ДИ 44–90 %), в 1 (5,9 %, 95 % ДИ 0,1–29 %) случае — «острый гепатит», в 2 (11,8 %, 95 % ДИ 1,5–36 %) случаях были выставлены другие диагнозы («цирроз печени», «острый гастроэнтерит»). В 2 (11,8 %, 95 % ДИ 1,5–36 %) случаях был верно предположен диагноз «механическая желтуха».

У 14 (34 %) пациентов до госпитализации имелись жалобы на болевой синдром в области правого подреберья. Из 41 пациента 8 (9,5 %) были обследованы амбулаторно, 6 из них

был сделан биохимический анализ крови (у всех повышен уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ)) и только 2 было сделано УЗИ: признаки механической желтухи не выявлены.

Общий и биохимический анализы крови (БАК) были выполнены 40 пациентам. Лейкоцитоз выявлен у 8 (20 %) пациентов, количество лейкоцитов колеблется от 3,2 до 16,9; Ме = 6,7. СОЭ была повышена у 28 (70 %) пациентов, значения колебались от 3 до 62 мм/ч, Ме = 23,5 мм/ч. Значения общего билирубина были повышены у всех больных и колебались от 39,4 до 521,6 мкмоль/л; Ме = 180 мкмоль/л. У большинства больных (92,5 %) преобладал прямой билирубин со значениями от 52,6 до 83,7 % от общего билирубина. Тимоловая проба повышена у 8 (20 %) пациентов, значения от 1,0 до 23,9 Ед; Ме = 1,95 Ед. Следует отметить, что при механической желтухе тимоловая проба в 75 % случаев не повышается, что имеет важное дифференциально-диагностическое значение. При механической желтухе тимоловая проба положительная лишь в случаях, когда процесс осложняется паренхиматозным гепатитом [1].

Показатель АЛТ был повышен у 36 (87,8 %) пациентов из 41, значения от 0,3 до 10,3 мккат/л; Ме = 1,63. Повышение АЛТ более чем в 3 раза от верхней границы нормы было у 13 (36,1 %) пациентов, менее чем в 3 раза — у 20 (55,6 %) из 36. У 3 (8,3 %) пациентов значения АЛТ в 10 и более раз превышали верхнюю границу нормы, что характерно для вирусного гепатита. Уровень ЩФ увеличен у 26 (83,9 %) пациентов из 31 со значениями от 158 до 3460 Ед/л; Ме = 445 Ед/л. Показатели ГГТП, как маркера синдромов холестаза и цитолиза, были повышены у всех из 18 (100 %) обследованных, значения от 51 до 879,4 Ед/л; Ме = 425,7.

На УЗИ выявлено увеличение печени у 21 (51,2 %) пациента, желчные протоки расширены у 26 (63,4 %) пациентов, холедох расширен — у 37 (90,2 %) пациентов. У 16 (39 %) пациентов желчный пузырь увеличен, у 8 (19,5 %) пациентов — не увеличен, у 5 (12,2 %) пациентов — уменьшен. У 8 (19,5 %) пациентов в анамнезе была произведена холецистэктомия, у 4 (9,8 %) желчный пузырь не визуализировался.

В условиях инфекционного стационара уточнить причину механической желтухи не представлялось возможным, 21 пациент был переведен в отделение гепатохирургии, 16 было направлено в онкологический диспансер, 4 было выписано.

Заключение

В основном, пациенты с МЖ направлялись в инфекционный стационар с диагнозами «вирусный гепатит» и «острый гепатит» (80,5 %). Лишь 8 (9,5 %) из 41 пациентов были обследованы амбулаторно, УЗИ было выполнено только в 2 случаях. В приемном покое инфекционного стационара диагнозы не совпали с направлятельными в 41,5 % случаях. Выявлено увеличение общего билирубина у 100 % пациентов, с преобладанием прямого билирубина — у 92,5 %, увеличен уровень ЩФ — у 83,9 %, ГГТП — у 100 %, АЛТ у 87,8 % (более 10-кратного повышении — у 8,3 %). По данным инструментального обследования, у 51,2 % пациентов увеличена печень, у 63,4% расширены желчные протоки и у 90,2 % расширен холедох. Пациенты с МЖ не должны госпитализироваться в инфекционный стационар, их следует направлять на консультацию или госпитализацию в хирургический стационар.

Таким образом, для правильной постановки диагноза МЖ необходимо тщательно обследовать пациента (решающее значение имеет БАК и результаты инструментальных методов исследования: УЗИ печени и желчных путей, КТ, МРТ, миниинвазивных технологий).

ЛИТЕРАТУРА

1. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: диагностика болезней органов пищеварения / А. Н.Окорочков. — М.: Мед. лит., 2010. — С. 467.
2. Савельев, В. С. 80 лекций по хирургии / В. С. Савельев. — М.: Литтерра, 2008. — С. 388.
3. Казанцев, Л. П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / Л. П. Казанцев, Т. М. Зубик. — М.: Медицинское информационное агентство, 1999. — С. 77–84.