

УДК 616.36-008.5/6-07

ДІАГНОСТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ЖОВТЯНИЦІ

Тамм Т.І., Даценко Б.М., Бардюк О.Я., Крамаренко К.О., Захарчук О.П., Хамам Аббуд

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії і проктології, м. Харків

РЕЗЮМЕ: проведено порівняльне вивчення діагностичних методів у 960 пацієнтів із синдромом жовтяниці. Підкреслено важливість визначення рівня білірубину у пацієнтів навіть без зовнішніх проявів жовтяничного синдрому. Переваги та високу діагностичну цінність у визначенні походження синдрому жовтяниці підкреслено для неінвазивного методу ультрасонографії.

Ключові слова: синдром жовтяниці, діагностика, ультрасонографія

Вступ. У пацієнтів із синдромом жовтяниці механічна жовтяниця є тяжким ускладненням низки захворювань печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, великого дуоденального сосочка та ін. Гіпербілірубінемія, яка розвивається внаслідок холестазу, ускладнює стан хворих, сприяючи виникненню холемічних кровотеч, гнійного холангіту, абсцесів печінки та, наприкінці – печінково-ниркової недостатності [3, 6, 7, 4, 2].

У зв'язку з цим хворі на механічну жовтяницю потребують термінового, а іноді і екстреного оперативного втручання. В той же час непоодинокими є випадки виконаних оперативних втручань з приводу жовтяниці немеханічного генезу [1, 2, 5]. Знання лікарем характеру жовтяниці визначає госпіталізацію хворого до профільного відділення та своєчасне адекватне лікування.

На сучасному етапі існує багато методів диференційної діагностики характеру жовтяниці. Більшість авторів пропонують починати обстеження хворих з виконання клініко-лабораторних, біохімічних, імунологічних методів дослідження, а потім використовувати інструментальні засоби діагностики [2, 6, 1, 5, 3]. Такий підхід невиправдано продовжує процес діагностики природи жовтяниці, погіршуючи перспективи лікування хворих.

Мета дослідження. Поліпшити якість діагностики механічної та паренхіматозної жовтяниці за допомогою методу ультразвукового дослідження (УЗД).

Матеріали та методи. За період з 1998 по 2009 рік обстежено 960 хворих віком від 22 до 79 років, які надійшли до клініки з синдромом жовтяниці. З них у 714 (72,9%) пацієнтів жовтяниця була механічною і у 246 (27,1%) – паренхіматозною. Усім хворим виконували біохімічне дослідження крові, УЗД, а при необхідності додатково проводили імунологічне дослідження крові, ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію (ЕРХПГ) та КТ.

Результати дослідження та їх обговорення. Найбільш інформативним із клініко-лабораторних методів у визначенні походження синдрому жовтяниці стало біохімічне дослідження крові, яке відображало функцію печінки. Підвищення рівня білірубину до $196 \pm 3,17$ мкмоль/л виявлено у 960 (100%) хворих. Тільки у 787 (82%) пацієнтів гіпе-

рбілірубінемія поєднувалась із жовтяничним забарвленням склер та шкіри. У 173 хворих (18%) з рівнем білірубину $46 \pm 0,09$ мкмоль/л зовнішніх проявів жовтяниці не було виявлено.

Складнішим завданням стало визначення походження жовтяниці на підставі рівня фракцій білірубину та трансаміназ (АлАТ і АсАТ). Чутливість їх визначення (здатність виявити захворювання при його наявності) та специфічність (здатність заперечити захворювання при його відсутності) у визначенні характеру жовтяниці, особливо при її тривалому існуванні, були малоінформативними. Рівноцінне підвищення кон'югованої та некон'югованої фракції білірубину виявлено у 537 (56%) хворих. Причому таке спостерігали як у хворих із тривало існуючою механічною, так і із паренхіматозною жовтяницею.

Більш інформативним в диференційній діагностиці характеру жовтяниці стало дослідження лужної фосфатази. Підвищення цього ферменту до $26,7 \pm 1,2$ од. відмічено у 854 (89%) хворих на механічну жовтяницю і лише у 106 (11%) – на паренхіматозну. Чутливість методу склала 90%, специфічність – 71%.

Трансамінази (АлАТ і АсАТ) у сироватці крові були підвищені у 787 (82%) хворих незалежно від характеру жовтяниці та зовнішніх її проявів. У хворих на механічну жовтяницю рівень АлАТ склав $2,68 \pm 0,12$ од. та АсАТ – $1,82 \pm 0,08$ од. У хворих на паренхіматозну жовтяницю АлАТ і АсАТ склали $4,4 \pm 1,2$ од. і $3,2 \pm 0,08$ од. відповідно.

Порушення білковоутворювальної функції печінки з явищами помірної гіпопротеїнемії і диспротеїнемії відмітили у 228 (32%) хворих на механічну і у 100 (41%) – на паренхіматозну жовтяницю. Однією із ознак гепатоцелюлярної недостатності стало зниження протромбінового індексу до $71,65 \pm 0,6\%$ у 157 (22%) хворих на механічну та у 108 (41%) хворих на паренхіматозну жовтяницю.

Таким чином, вивчення біохімічних аналізів, які відображають функцію печінки, показало, що найбільшу цінність у діагностиці синдрому жовтяниці представляє визначення загального білірубину крові. Чутливість та специфічність методу склали 100%. Рівень підвищення білірубину за фракціями, а також рівень амінотрансфераз не корелювали із

характером жовтяниці. Високу інформативність в диференційній діагностиці жовтяниць визначено для лужної фосфатази.

Використання методу УЗД в диференційній діагностиці жовтяниць показало його високу інформативність. Зміни з боку печінки та позапечінкових жовчних шляхів при УЗД у хворих на механічну жовтяницю суттєво відрізнялися від таких у хворих на паренхіматозну жовтяницю.

Збільшення печінки у хворих на паренхіматозну жовтяницю виявлено у 100% пацієнтів, із механічною жовтяницею – у 86%.

При механічній жовтяниці підвищення ехогенності паренхіми печінки виявлено у 79%, а розширення внутрішньо- або позапечінкових жовчних шляхів у залежності від рівня перешкоди виявлено у 100% пацієнтів. Причому, остання ознака виявлена також у тих пацієнтів, у яких зовнішні прояви жовтяниці були відсутніми. Судинний малюнок печінкових вен та гілок ворітної вени був незмінним.

У хворих на паренхіматозну жовтяницю у 100% виявлено збільшення печінки. Підвищення ехогенності її паренхіми встановлено в 88% та зниження ехогенності – у 12% пацієнтів. Саме у цих 30 (12%) хворих було виявлено посилення судинного малюнку печінкових вен, причиною якого стала хронічна правшлуночкова недостатність. З боку внутрішньопечінкових та позапечінкових жовчних шляхів у хворих на паренхіматозну жовтяницю у 100% пацієнтів патології не виявили, у 64 (26%) – виявили симптом «запустіння» жовчного міхура, що свідчило про порушення вироблення жовчі гепатоцитами.

Чутливість та специфічність методу УЗД в диференційній діагностиці механічної та паренхіматозної жовтяниці за основним критерієм, а саме, станом ну-

трішньопечінкових та позапечінкових жовчних проток, а також структурою венозної сітки складала 100%.

Якщо урахувати той факт, що метод УЗД є неінвазивним, загальнодоступним та може бути виконаним кожному хворому незалежно від тяжкості його стану в умовах приймального відділення протягом 15-30 хвилин, то у лікаря з'являється можливість вже на етапі госпіталізації помістити хворого до профільного відділення.

Існує думка, що розширення загального жовчного протоку при механічній жовтяниці відноситься до її ранніх ознак, а розширення внутрішньопечінкових жовчних шляхів – до пізніх [4]. На нашу думку, ці ознаки свідчать не про строки прояви жовтяниці, а лише про рівень перешкоди жовчоплину.

При визначенні рівня порушення пасажу жовчі та його причини наступним етапом було виконання рентгенконтрастного дослідження у вигляді ЕРХПГ або чрезшкірної черезпечінкової холангіографії під контролем УЗД.

Підставою для виконання одного або іншого методу дослідження були результати, отримані під час попереднього УЗД.

Висновки. 1. Найбільш інформативним методом діагностики синдрому жовтяниці є визначення рівня білірубінемії, що дозволяє виявити жовтяницю у пацієнтів з відсутністю її зовнішніх проявів.

2. Метод УЗД є неінвазивним, загальнодоступним та високоефективним способом, який дозволяє у 100% пацієнтів віддиференціювати механічну жовтяницю від паренхіматозної.

3. У хворих із зовнішніми проявами синдрому жовтяниці обстеження необхідно починати з методу УЗД, який дозволить в короткі строки визначити характер жовтяниці та госпіталізувати хворих до профільного відділення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобро Л.Н. Этапы диагностического поиска или синдрома желтухи /Л.Н.Бобро, Л.М.Паспешвили // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – №3(29). – С.81-90.
2. Богомолов Б.П. Дифференциальная диагностика болезней, протекающих с желтухой / Б.П. Богомолов // Хирургия. – 2005. – №9. – С.57-62.
3. Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе / П.С. Ветшев // Российский журнал гастроэнтерологии. – 1999. – №6. – С.18-24.
4. Леськів І.М. Поетапна діагностика жовтяниць з використанням променевих та ендоскопічних методів дослідження / І.М.Леськів, Д.С.Мечев, Г.С.Мороз // Український радіологічний журнал. – 1998. – №3. – С. 253-255.
5. Мизаушев Б.А. Ультразвуковая диагностика желтухи / Б.А. Мизаушев, О.А. Соболева, Исам Фазми // Клін. хір. – 2004. – №4-5. – С.66-67.
6. Миниинвазивные вмешательства в лечении поврежденных и доброкачественных стриктур желчных протоков / М.Е.Ничитайло, А.В.Скумс, П.В.Огородник и др. // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2004. – Т.9, №1. – С.156-163.
7. Ничитайло М.Е. Повреждение желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М.Е.Ничитайло, А.В.Скумс. – К.: Макком, 2006. – 342 с.
8. Принципи ендоскопічного лікування хворих на жовчно-кам'яну хворобу у сполучанні з механічною жовтяницею / [Б.М.Даценко, Т.І.Тамм, К.О.Крамаренко та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина. – 2001. – Вип.14. – С.81-82.

SUMMARY

DIAGNOSTICAL APPROACH IN PATIENTS WITH ICTERUS SYNDROME

Tamm T.I., Dacenko B.M., Bardiuk O.Ya., Kramarenko K.O., Zakharchuk O.P., Khamam Abbud

A comparative study of diagnostics methods in 960 patients with icterus syndrome was carried out. The significance of the definition of bilirubin level in blood in patients with icterus is confirmed, as well as in patients without its external manifestations. Preference and high effectiveness of non-invasive method of ultrasonography in icterus origin delineation was shown.

Key words: icterus syndrome, diagnostics, ultrasonography