

ПРОГРАММА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛТУХ

Даценко Б.М., Тамм Т.И., Крамаренко К.А., Бардюк А.Я.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г.Харьков

Проанализированы результаты клинических исследований, проведенных 530 больным желтухой, госпитализированных в клинику в течение 1994 – 1998 г.г. С учетом информативности примененных методик разработана диагностическая программа комплексной диагностики желтухи с использованием клинических, лабораторных и инструментально-аппаратных исследований.

Успеху комплексной диагностики способствуют знания клинициста в области этиологии каждого вида желтухи.

В прикладном плане целесообразно классифицировать печеночную желтуху в зависимости от причинного фактора на 3 основные группы. Первую группу составляют случаи печеночной желтухи, связанные с прямым

(первичным) поражением печеночной клетки воспалительным или дегенеративным (вплоть до острого цитолиза) процессом:

- вирусный гепатит;
- холестатический гепатит аутоиммунного генеза;
- токсический гепатит за счет действия "прямых" (фосфор, бледная поганка, четыреххлористый углерод, хлороформ) и непрямых (алкоголь) ядов;
- медикаментозный гепатит.

Вторую группу составляют реактивные гепатиты, когда поражение печени возникает вследствие болезни другого органа. К этой группе относятся гепатиты, развивающиеся у больных острым холециститом, дуоденостазом, неспецифическим язвенным колитом, брюшным тифом, сепсисом.

Третью группу составляют гепатиты, развивающиеся как осложнения различных системных заболеваний, например, болезни Ослера-Рандю, болезни Вильсона-Коновалова.

Особой формой печеночной желтухи является синдром Жильбера с благоприятным течением, а также синдром Криглера-Найяра – врожденное семейного характера заболевание с неблагоприятным прогнозом.

Подпеченочная (механическая) желтуха всегда связана с патологией желчных путей: их обтурацией конкрементом, опухолью желчных протоков или головки поджелудочной железы, рубцовой стриктурой или стенозом папиллы. Клиника механической желтухи на почве холедохолитиаза чаще характеризуется острым началом, болями в правом подреберье, желтухой, зудом и увеличением печени. У ряда больных отмечается гипертермия и геморрагический синдром.

Биохимически механическая желтуха характеризуется гипербилирубинемией, гиперфосфатемией и гиперхолестеринемией на фоне нормальных или слегка (в 1,5 – 2 раза) повышенных трансаминаз. Преднизолоновая проба при механической желтухе отрицательная.

Инструментальная диагностика начинается с УЗИ, первой задачей которого является обязательное установление характера желтухи: признаком ее механической природы является расширение желчных путей выше уровня препятствия. Сравнительно реже метод УЗИ позволяет установить причину желтухи: холедохолитиаз при локализации камня в супрадуоденальном отделе холедоха, наличие опухоли головки поджелудочной железы, опухоли желчного пузыря с метастазом в ворота печени.

РЕЗЮМЕ

ПРОГРАМА ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЖОВТЯНИЦЬ

Даценко Б.М., Тамм Т.І., Крамаренко К.А., Бардюк А.Я.

Наведено дані аналізу результатів клінічних досліджень, проведених на 530 хворих жовтяницею, які перебували в клініці на лікуванні за період 1994-1998 років. З урахуванням інформативності примієних методик розроблена діагностична програма комплексної діагностики жовтяниці з використанням клінічних, лабораторних та інструментально-апаратних досліджень.

SUMMARY

THE PROGRAM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF JAUNDICES

B.M. Datsenko, T.I. Tamm, K.A. Kramarenko, A.Ya. Bardiuk

The data of the analysis of the results of clinical investigations carried out for 530 patients with jaundice treated in clinics during 1994-1998 are presented. With the account of the informational ability of the methodics used a diagnostic program of complex diagnostics of a jaundice with the use of clinical, laboratory and instrumental-apparatus investigations was developed.

Эндоскопическое исследование больных желтухой, направленное на установление ее причины, складается из 2 основных этапов. Первым является визуальный контроль папиллы, позволяющий обнаружить ущемленный в папиллу камень, рубцовый стеноз папиллы, полип сосочка, околососочковый дивертикул или рак папиллы.

При контактной эндоскопической электротермографии у больных с механической желтухой обнаруживается гипертермия папиллы; при печеночной желтухе термоасимметрия отсутствует.

Если органической патологии со стороны папиллы не обнаружено, а желчь не поступает, показан 2 этап исследования – выполнение ЭРХПГ (в случаях стеноза папиллы, – после ее рассечения). На рентгенограммах обнаруживается препятствие оттоку желчи – камень холедоха, рубцовый стеноз и др. При невозможности или неуспехе ЭРХПГ показано выполнение чрескожной гепатохолангиографии для установления причины желтухи. Лапароскопическая диагностика желтух менее информативна и может применяться в отдельных случаях.

Компьютерная томография позволяет получить прямое изображение желчных протоков при их обтурации без введения контраста. Расширенные желчные ходы плотностью 9-16 ед. Н. на фоне паренхимы печени плотностью 50-70 ед. Н. свидетельствуют о механической желтухе.

Комплексное исследование больных желтухой обеспечивает установление ее природы и причины в 96-98% случаев.