

УДК 616.36—002.12/.14—079.4:616.155.194.115

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ И МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ НА ПОЧВЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ

М. С. Фаткуллов

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д. К. Баширова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, инфекционная больница № 2 г. Казани (главврач — Л. С. Домрачева)

Правильная и своевременная дифференциальная диагностика вирусных гепатитов от механических желтух, особенно на почве новообразований, до настоящего времени является актуальной проблемой.

Диагноз «вирусный гепатит» не подтверждается у 30—40% взрослых, поступивших в различные инфекционные стационары. В связи с этим понятно, насколько важно точно установить тип желтухи, от которого зависят тактика лечения и проведение противоэпидемических мероприятий.

По нашим данным, за последние 6 лет из всех госпитализированных по поводу вирусных гепатитов число больных подпеченочной желтухой на почве новообразований составило 4%. За этот же период под нашим наблюдением находилось 152 больных, страдающих желтухой на почве новообразований, и 324 больных вирусными гепатитами. 80 из 152 пациентов с механической желтухой подверглись оперативному вмешательству в различных стационарах города. Диагноз и локализация опухоли у них подтвердились на операционном столе.

В условиях инфекционного стационара дифференциальная диагностика желтух проводилась на основании данных анамнеза, клиники и лабораторных исследований. В редких случаях мы прибегали к релаксационной дуоденографии с зондом и к инструментальному обследованию в условиях хирургического стационара.

Среди больных вирусными гепатитами мужчин было 174 (53,7%), женщин — 150 (46,3%); в возрасте старше 50 лет — 123 (38%) человека. У 208 (64,2%) больных заболевание протекало в легкой форме, у 116 (35,8%) — в среднетяжелой и тяжелой формах.

Пациентов с механической желтухой на почве новообразований старше 50 лет было 126 (83%). У подавляющего числа больных (71,2%) рак головки поджелудочной железы наблюдался одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Среди новообразований гепато-панкреато-дуоденальной зоны рак желчного пузыря занимал второе место (13,7%) и почти в 3 раза чаще встречался у женщин. Рак внепеченочных желчных протоков (10%) и фатерова соска (5,1%) чаще диагностирован у мужчин.

82% больных с новообразованиями поступило в стационар в течение первых 2 мес от начала заболевания, из них 86% — в первые 20 дней со дня появления желтухи, 14% — позднее. Как правило, поводом для госпитализации служило появление желтухи.

У 52% больных длительность преджелтушного периода не превышала 20 дней, у остальных она колебалась от 20 дней

Таблица 1

Частота симптомов при острых вирусных гепатитах и новообразованиях в желтушном периоде

Симптомы болезни	Число больных, %	
	острыми вирусными гепатитами (324)	с новообразованиями (152)
Инттоксикация:		
отсутствовала	15	57
незначительная	60	26
выраженная	25	17
Слабость	84	70
Плохой аппетит	82	54
Тошнота	38	15
Рвота	10	14
Повышение температуры	3	25
Зуд кожи	16	76
Похудание	5	42
Увеличение печени:		
до 2 см	41	35
до 4 см	49	54
более 4 см	10	11
Увеличение селезенки	19	2
Симптом Курвуазье	не выявлен	64
Асцит	не выявлен	4
Боли в животе:		
отсутствовали	70	58
слабые	29	27
умеренные или сильные	1	15

до 2 мес. У 86% пациентов заболевание начиналось постепенно, без повышения температуры и выраженной интоксикации. В преджелтушном периоде у 68% больных отмечалась слабость, у 52% — пониженный аппетит, у 9% — рвота, у 30% — слабые или умеренные боли в эпигастриальной области. При поражении фатерова соска боль напоминала печеночную колику, сопровождалась ознобом и повышением температуры. Уже в преджелтушном периоде у 46% больных наблюдался кожный зуд, у 42% — похудание.

75,7% больных вирусными гепатитами было госпитализировано в первые 10 дней болезни, остальные 24,3% — в течение 21 дня.

Острые вирусные гепатиты характеризовались преджелтушным периодом длительностью менее 20 дней (98%), постепенным началом болезни с признаками интоксикации, повышением температуры в начале заболевания (59%), слабостью (94%), отсутствием аппетита (88%), рвотой (34%), суставными болями (30%), катаром верхних дыхательных путей (10%).

Из табл. 1 видно, что у больных с новообразованиями при поступлении выявлена слабо выраженная интоксикация или ее отсутствие, умеренный или сильный зуд кожи, похудание, положительный симптом Курвуазье, иногда боль в эпигастриальной области. Пальпация поджелудочной железы не давала надежных данных для диагностики рака указанного органа. Принято считать, что рак головки поджелудочной железы сопровождается безболевым механической желтухой, что подтверждается нашими данными.

Большим вирусными гепатитами в желтушном периоде были свойственны интоксикация при поступлении, нормальная температура, отсутствие зуда кожи или очень редкое его проявление, отрицательный симптом Курвуазье. Следует подчеркнуть, что у больных вирусными гепатитами кожный зуд возникает, как правило, в разгар желтухи, в то время как при новообразованиях он начинается до желтухи и иногда служит первым признаком заболевания. Если при желтухе у больных вирусными гепатитами окраска кожи имеет оранжево-желтый оттенок, то у больных с новообразованиями — серо-желтый.

Из табл. 2 видно, что для новообразований характерны следующие показатели: нормальная активность АлАТ или ее незначительное повышение независимо от сро-

Т а б л и ц а 2

Лабораторные тесты при дифференциальной диагностике острых вирусных гепатитов и новообразований в желтушном периоде

Лабораторные тесты	Показатели, характерные для больных	
	вирусными гепатитами	новообразованиями
АлАТ (в разведении 1:10, ед.)	700—2000	50—660
Тимоловая проба, ед.	0,4—0,9	до 0,3
Щелочная фосфатаза, ед.	до 30	30—45 и более
Холестерин, ммоль/л	4,6—6,2	6,4—12,9
Билирубин общий, мкмоль/л	25,7—171,0	85,5—256,6
непрямой	не обнаружен	положительный
Протромбиновый индекс	изменен	норма
Лейкоциты, ·10 ⁹ в 1 л	4—6	более 8
Лимфоциты	более 30%	
СОЭ	норма	увеличена

ков появления желтухи и степени билирубинемии; гипербилирубинемии; повышение уровня общего холестерина и активности щелочной фосфатазы; положительный непрямой билирубин и увеличенная СОЭ.

У больных вирусными гепатитами констатирована высокая активность АлАТ, повышение тимоловой пробы, лимфоцитоз, нормальная СОЭ.

Существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывают данные эпидемиологического анамнеза: контакт с большим вирусным гепатитом, множественные и единичные лечебно-диагностические манипуляции, а также трансфузия крови и ее препаратов, обнаружение НВ_s-антигена.

При дифференциальной диагностике следует учитывать также следующие факторы: 1) вирусные гепатиты по сравнению с новообразованиями встречаются у лиц более молодого возраста; 2) при гепатитах бывают симптомы преджелтушного периода; 3) вирусные гепатиты не имеют тенденции к прогрессированию; 4) при дуоденальном зондировании больных вирусными гепатитами удается получить желчь.

Таким образом, тщательно собранный анамнез, анализ клинического течения заболевания в сопоставлении с данными лабораторных исследований в подавляющем большинстве случаев позволяют дифференцировать вирусные гепатиты от желтух механического генеза на почве новообразований и оказывать больным соответствующую помощь. Лишь в отдельных случаях для уточнения этиологии желтухи возникает необходимость обследования больных в специализированных стационарах с применением инструментальных методов исследования (лапароскопии, эндоскопии и т. д.).

Поступила 14 апреля 1983 г.

УДК 616.12—002.77—06:616.36

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

Н. В. Старкова

Кафедра факультетской терапии (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. Р. Ш. Абдрахманова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В ряде случаев ревматический процесс переходит в стадию аутоагрессии. При этом отмечается поражение не только сердца и висцеральных оболочек, но также печени и других органов. С целью выявления аутоагрессивного поражения печени при ревматизме мы устанавливали реакцию торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) с применением очищенных антигенов печеночной ткани¹ [1]. Использовали разведение антигена с содержанием белка 10 мкг в 1 мл.

Обследовано 30 больных ревматизмом. Параллельно с РТМЛ в динамике определяли общепринятые лабораторно-биохимические показатели активности ревматического процесса: титр антистрептолизина О, СРБ, протейнограммы, сиаловые кислоты. Среди обследованных больных активность ревматического процесса отсутствовала у 5, активность I ст. констатирована у 15, II ст. — у 7, III — у 3. Недостаточность митрального клапана была у 2 больных, сочетанный митральный порок — у 16, митрально-аортальный — у 10, постмиокардитический кардиосклероз — у 2. Недостаточность кровообращения I ст. установлена у 4 больных, II ст. — у 14, III ст. — у 10. Недостаточность кровообращения отсутствовала у 2 человек. Ревматический процесс с острым течением был у 3 больных, с подострым — у 4, с затяжным — у 14, с непрерывно-рецидивирующим — у 4. В неактивной фазе заболевания обследовано 5 больных. При постановке РТМЛ с применением очищенного антигена печеночной ткани большую часть (15) составили больные с поражением клапанного аппарата сердца, наличием 2—3 пороков, недостаточностью кровообращения II и III ст., с застойной, увеличенной в размерах печенью. Было установлено, что на РТМЛ с применением антигенов печеночной ткани влияет как активность ревматического процесса, так и наличие застойных процессов со стороны печени, обусловленных недостаточностью кровообращения. Для анализа результатов, полученных в 51 РТМЛ с применением очищенного антигена печеночной ткани, мы распределили их на 4 группы в зависимости от активности ревматического процесса и наличия изменений со стороны печени.

1-ю группу составили результаты 7 исследований, проведенных у больных ревматизмом с отсутствием недостаточности кровообращения, без изменений со стороны печеночной ткани, в активной фазе заболевания. У этих больных при отсутствии изменений со стороны печени ингибирования миграции лейкоцитов с применением очищенного антигена печеночной ткани не установлено. Индекс миграции лейкоцитов был больше 80%, несмотря на наличие активности ревматического процесса, что указывало на отсутствие сенсibilизированных лейкоцитов в организме обследованных больных к печеночному антигену без изменений со стороны печеночной ткани.

Во 2-ю группу вошли материалы 18 исследований, проведенных у больных в неактивной фазе заболевания без сдвигов со стороны печени. Ингибирования миграции лейкоцитов с применением очищенного антигена печеночной ткани у этих больных также не наблюдалось, индекс миграции лейкоцитов был больше 80%. В эту группу были включены результаты, полученные у тех больных, у которых в ходе противоревматической терапии была подавлена активность ревматического процесса и исчезли симптомы недостаточности кровообращения.

3-ю группу составили итоги 6 исследований, проведенных у больных в неактивной фазе заболевания с недостаточностью кровообращения II—III ст. и застойными изменениями со стороны печени. При этом также не определялось торможения миграции лейкоцитов.

¹ Очищенные антигены печеночной ткани были предоставлены нам старшим научным сотрудником кафедры факультетской терапии 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова (зав. — проф. В. Н. Аюхин) А. М. Борисовой.