

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ С СИНДРОМОМ ЖЕЛТУХИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

И. А. Салихов, В. Н. Воронин, Н. Н. Золкин

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, городская клиническая больница № 1 им. проф. А. Г. Тергулова (главврач — А. А. Абдулхаков)

Актуальность диагностики и дифференциации острых заболеваний печени и желчных путей с другими заболеваниями, сопровождающимися желтухой, не вызывает сомнений. Особую значимость эта проблема приобретает в практике неотложной абдоминальной хирургии при поступлении больных с желтухой в стационар, оказывающий urgentную помощь. Сложность установления вида желтух и их прогноза общеизвестна. Она обусловлена как тяжестью состояния больных, так и наличием у них противопоказаний к проведению сложных диагностических исследований.

Количество диагностических ошибок даже в специализированных стационарах составляет от 33 до 90% [1—3]. Чаще всего ошибочный диагноз вирусного гепатита ставится больным с острым холециститом, механической желтухой на почве новообразования, холестатическим гепатитом, циррозом печени, панкреатитом.

Современные методы диагностики, особенно на ранних сроках заболевания, не всегда дают желаемые результаты: некоторые из них недостаточно эффективны, другие сложны, требуют дорогостоящей аппаратуры, квалифицированных специалистов, а главное, значительного времени для исполнения. Хирургу же в период оказания неотложной помощи необходимо в короткий срок решить дифференциально-диагностическую задачу с использованием минимального количества доступных и достоверных тестов.

В срочной дифференциальной диагностике желтух с 1977 г. нами применяется полярографический метод, не имеющий противопоказаний, требующий для выполнения всего 45—48 мин. Аналогичных работ в доступной литературе нами не найдено.

Целью настоящего исследования является демонстрация возможности использования полярографического анализа в экспресс-диагностике и дифференциации вида желтух в неотложной хирургии. Были обследованы 132 больных с желтухой в возрасте от 16 до 84 лет, поступивших в неотложном порядке в клинику и инфекционную больницу, из них: 49 (37,1%) больных — с диагнозом острый холецистит, 28 (21,2%) — с циррозом печени, 11 (8,3%) — с опухолью гепатобилиарной системы, 44 (33,3%) — с болезнью Боткина.

Всем больным в приемном покое проводили общепринятые клинические анализы и брали кровь из вены для полярографического анализа, результаты которого поступали в распоряжение хирурга через 45—48 мин. В последующем в динамике изучали полярографическую активность сыворотки крови на 3—5, 10—15, 20—25-й день, а также после операции и перед выпиской.

Параллельно проводили клинические и биохимические анализы крови — содержание общего белка и белковых фракций; активность АЛТ, АСТ, ЩФ, сулемовую, тимоловую пробы, уровень билирубина, протромбин, а также лапароскопию, рентгеноконтрастное и морфологическое исследование ткани печени и желчного пузыря.

Из 49 больных с острым холециститом прооперировано 18 человек, из них один умер. Хирургическая активность составляла 36,7%, общая летальность — 4%; послеоперационная летальность — 5,5%.

Выполнялись различные виды оперативных вмешательств, и более половины всех операций заканчивались дренированием общего желчного протока.

Полярографический анализ проводили на аппарате отечественного производства ППТ-1 по методике И. Д. Мансуровой и Н. Д. Рудневой (1966) в нашей модификации, которая заключалась в изменении концентрации раствора КОН при денатурации сыворотки крови с 0,1N до 0,4N, что дало возможность сократить время денатурации вдвое и улучшить качество полярограмм¹ (рис. 1).

Как показали наши исследования, при острых заболеваниях печени и желчных путей, сопровождающихся желтухой, происходят закономерные изменения полярограмм, позволяющие дифференцировать такие заболевания, как болезнь Боткина, острый холецистит, цирроз печени, опухоли гепатобилиарной системы (табл. 1). Так, при болезни Боткина снижается полярографи-

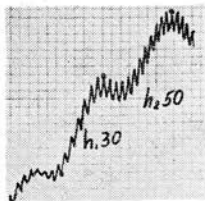


Рис. 1. Полярограмма здорового человека.

¹ Рационализаторское предложение № 110/28 КГМИ от 4/V 1981 г.

Таблица 1

Сравнительная характеристика данных полярографического анализа сыворотки крови у больных с желтухами различной этиологии

Группы обследованных	Статистический показатель	Число наблюдений (n)	Высоты ступеней полярографической волны		Коэффициент $K = h_2/h_1$
			h_1	h_2	
Больные острым холециститом . . .	$M \pm m$ P	49	$37,6 \pm 0,8$ <0,001	$56,2 \pm 1,3$ <0,001	$1,49 \pm 0,04$ <0,02
раком гепатоцеллюлярной системы	$M \pm m$ P	11	$31,5 \pm 1,9$ <0,1	$51,6 \pm 2,9$ <0,1	$1,64 \pm 0,13$ <0,1
с болезнью Боткина . . .	$M \pm m$ P	44	$22,9 \pm 0,5$ <0,001	$36,2 \pm 0,6$ <0,001	$1,58 \pm 0,04$ <0,1
циррозом печени	$M \pm m$ P	28	$15,2 \pm 0,9$ <0,001	$35,4 \pm 1,3$ <0,001	$2,33 \pm 0,18$ <0,001
Здоровые		20	$30,0 \pm 0,9$	$50,0 \pm 1,1$	$1,67 \pm 0,04$

ческая волна, особенно ее вторая ступень. В процессе выздоровления высота волны постепенно приближается к нормальной, но не достигает последней еще долгое время после клинического выздоровления (рис. 2).

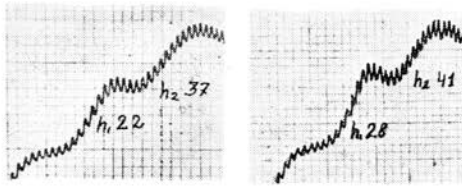


Рис. 2. а) Полярограмма при болезни Боткина в период разгара; б) полярограмма при болезни Боткина в период реконвалесценции.

гоя; вторая снижена в зависимости от активности процесса (рис. 4). Опухоли гепатобилиарной системы, по нашим данным, вызывают повышение как первой, так и второй ступени, но статистически недостоверное.

У больных острым холециститом, осложненным желтухой, наблюдается повышение обеих ступеней, изменяется конфигурация полярограммы, которая часто становится «седлообразной» (рис. 3). При стихании воспалительного процесса в печени и желчных путях или при устранении обтурации в них полярографическая волна нормализуется (табл. 2).

Характерные изменения полярограмм отмечены у больных циррозом печени. Первая ступень — низкая, пологая; вторая снижена в зависимости от активности процесса (рис. 4). Опухоли гепатобилиарной системы, по нашим данным, вызывают повышение как первой, так и второй ступени, но статистически недостоверное.

Таблица 2

Динамика изменения высот и ступеней полярографических волн в процессе лечения

Заболевания	Дни болезни	Статистический показатель	Число наблюдений	Высота ступеней полярографической волны		Коэффициент $K = h_2/h_1$
				1-я	2-я	
Острый холецистит с желтухой	3—5-й	$M \pm m$ P	49	$37,6 \pm 0,8$ <0,001	$56,2 \pm 1,3$ <0,001	$1,49 \pm 0,04$ <0,02
	10—15-й	$M \pm m$ P_1	46	$31,5 \pm 0,8$ <0,001	$50,1 \pm 1,0$ <0,001	$1,59 \pm 0,02$ <0,1
	20—25-й	$M \pm m$ P_1	14	$29,6 \pm 1,0$ <0,001	$47,9 \pm 1,6$ <0,001	$1,62 \pm 0,07$ <0,1
Болезнь Боткина с желтухой	Желтушный период	$M \pm m$ P	44	$22,9 \pm 0,5$ <0,001	$36,2 \pm 0,6$ <0,001	$1,42 \pm 0,04$ <0,1
	Период реконвалесценции	$M \pm m$ P_2	42	$27,3 \pm 0,5$ <0,001	$41,5 \pm 0,8$ <0,001	$1,52 \pm 0,03$ <0,1

Примечание. P — достоверность различия показателей по сравнению с контролем, P_1 — достоверность различия показателей по сравнению с 3—5-м днем болезни, P_2 — достоверность различия показателей по сравнению с желтушным периодом.

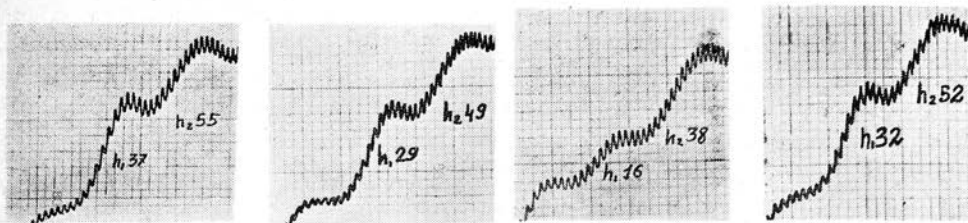


Рис. 3. а) Полярограмма больного острым холе-Рис. 4. а) Полярограмма больного циррозом печени с острым холециститом в стадии реконвалесценции. б) полярограмма больного с раком печени, острым холециститом в стадии реконвалесценции.

Таким образом, впервые в практике неотложной хирургии для диагностики и дифференциации вида желтух применен полярографический метод. Разнонаправленные изменения полярографических данных при острых заболеваниях печени и желчных путей, сопровождающихся желтухой, позволяют рекомендовать данный метод в неотложной абдоминальной хирургии. В сочетании с другими методами диагностики полярографический метод улучшает дифференциацию желтух.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дунаевский О. А. Дифференциальная диагностика желтух. Л., Медицина, 1977.—2. Мансурова И. Д., Руднева Н. Д. Лабор. дело, 1966, 2.—3. Напалков П. Н., Артемьева Н. И. Сов. мед., 1972, 8.—4. Сазонов А. М., Эндер Л. А., Сумбатов Л. А. и др. Хирургии, 1980, 1.

Поступила 18 декабря 1982 г.

УДК 616.2—022.6—036.11—053.2:547.781.5

ДИНАМИКА ГИСТАМИНА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

А. Д. Царегородцев, Р. Р. Тухватуллина, В. А. Анохин

Кафедра детских инфекций (зав.—доц А. Д. Царегородцев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и инфекционная клиническая больница № 1 им. проф. А. Ф. Агафонова (главрач—З. С. Тавлинова)

В патогенезе острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей существенную роль играют медиаторы крови, в том числе и гистамин [3].

Целью настоящей работы явилась характеристика показателей системы гистамин-гистаминаза крови при ОРЗ у детей с учетом измененной реактивности организма и ведущего патологического синдрома заболевания.

Под наблюдением находилось 143 больных ОРЗ в возрасте от 2 мес до 5 лет (мальчиков—80, девочек—63). Детей от 2 до 6 мес было 34, от 6 мес до 1 года—31, от 1 года до 2 лет—38, от 2 до 3 лет—26, от 3 до 5 лет—14. Этиологический диагноз ОРЗ был поставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден иммунофлюоресцентными исследованиями (131). Аденовирусная инфекция установлена у 38 (26,5%) детей, респираторно-синцитиальная—у 35 (24,5%), грипп—у 22 (15,4%), парагрипп—у 16 (11,2%), вирусные микст-инфекции—у 20 (14%). У 12 (8,4%) детей этиология ОРЗ не была расшифрована. 75 (52,4%) больных поступили на стационарное лечение в первые 3 дня от начала заболевания, 54 (37,8%)—на 4–5-й день, 14 (9,8%)—на 6–7-й день.

Отягощенный преморбидный фон констатирован у 85 (59,4%) детей, из них у 28 была лекарственная и пищевая аллергия в анамнезе, у 34 возникали повторные (2–5 раз в год) ОРЗ, то есть у 62 детей выявлена аллергически измененная реактивность. Рахит был у 7 детей, тимомегалия—у 8, недоношенность—у 2, родовые травмы и пороки развития—у 6.

В зависимости от наличия патологического синдрома все больные ОРЗ были распределены по 3 группам. В 1-ю группу вошли 65 больных ОРЗ средней тяжести в возрасте от 2 мес до 5 лет с гладким течением; 2-ю группу составили 53 ребенка от 2 мес до 3 лет, у которых ОРЗ сочеталось с бронхообструктивным синдромом (БОС). У 31 ребенка БОС был обусловлен бронхитом, а у 22—бронхиолитом. 3-я группа включала 25 детей от 4 мес до 3 лет, у которых ОРЗ сопровождалось нейротоксикозом. Контрольная группа состояла из 17 здоровых детей в возрасте от 5 мес до 5 лет.