

**Оптимизация алгоритма диагностики печеночной недостаточности
в многопрофильном стационаре**

Чикунова М.В., Лисовская Т.В., Хлынов И.Б.

За период с 1995 по 2006 годы доля смертности среди населения России от болезней органов пищеварения увеличилась на 38,34%, преимущественно за счет цирроза и других заболеваний печени и желчных путей [1]. Одной из ведущих причин летального исхода у больных с острыми и хроническими заболеваниями печени является печеночная недостаточность (ПН) и её осложнения. При острой печеночной недостаточности без трансплантации печени общая смертность составляет 70-90% [2,3,4].

Статистические данные Управления здравоохранения г. Екатеринбурга за последние пять лет свидетельствуют о том, что в столице Среднего Урала отмечается устойчивый рост летальных случаев, обусловленный печеночной недостаточностью. Анализ историй болезни больных, умерших от ПН за период с 2002-2006 годы в стационарах г. Екатеринбург показал, что наибольшая летальность наблюдалась у мужчин – 60%, средний возраст пациентов - $52 \pm 2,7$ года (трудоспособное население). В подавляющем большинстве случаев (82,9%) пациенты госпитализировались в стационар в неотложном порядке. Летальный исход в первые трое суток пребывания в стационаре регистрировался у 44,2% больных. Рост смертности пациентов с ПН послужил основанием для разработки алгоритма диагностики в многопрофильном стационаре [5].

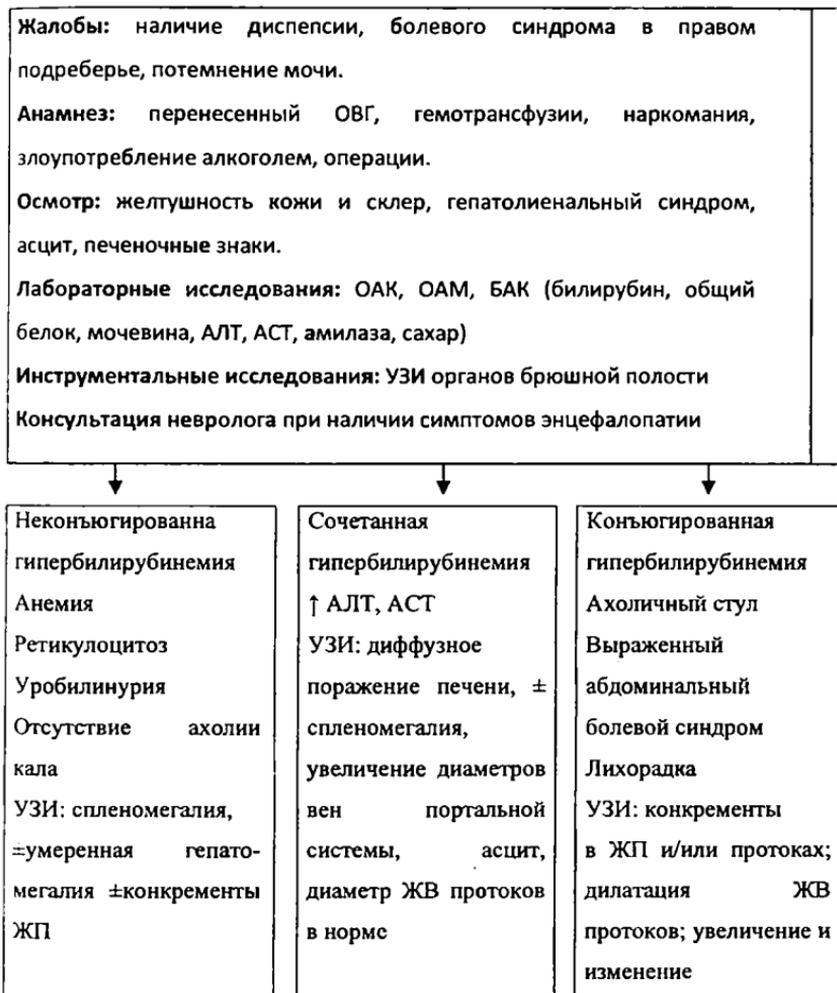
Пациенты с признаками ПН, основными клиническими проявлениями которой являются желтуха и энцефалопатия, в рамках неотложной госпитализации поступают в центральное приемное отделение, где проводится дифференциальная диагностика желтух: печеночной, подпеченочной и надпеченочной.

Внедрение диагностического алгоритма в приемном отделении (схема) с целью дифференциальной диагностики желтух позволяет упорядочить

госпитализацию больных в специализированные стационарные отделения больницы.

Схема

Алгоритм обследования пациентов с желтухой в приемном отделении многопрофильного стационара





Данные осмотра пациента (жалобы, анамнез, физикальное исследование) и результаты лабораторных (общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови, маркеров гепатитов В и С) и инструментальных (ультразвуковое исследование органов брюшной полости) методов исследования позволяют установить характер желтухи.

Для надпеченочной желтухи характерными являются следующие признаки: умеренная желтушность кожного покрова в сочетании с бледностью, анемия, ретикулоцитоз, неконъюгированная гипербилирубинемия, повышение уровня стеркобилина в кале, уробилинурия и спленомегалия. Дальнейшая тактика по диагностике и лечению пациента определяется совместно с гематологом.

Конъюгированная и неконъюгированная гипербилирубинемия, повышение трансаминаз (аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ)), снижение уровня общего белка, а также выявление диффузного поражения печени и гепатомегалии при отсутствии изменений со стороны желчевыводящих протоков указывают на печеночный характер желтухи.

В диагностически неясных случаях причина данной желтухи уточняется в плановом порядке биопсией печени, при отсутствии у пациента противопоказаний к её выполнению. Для определения варикозно расширенных вен пищевода и желудка проводится фиброгастроскопия (ФГС).

При наличии отягощенного эпидемиологического анамнеза, повышения АЛТ или/и АСТ (более 10 норм), положительного результата на маркеры вирусного гепатита (HbsAg и анти-HCV) проводится консультация инфекциониста для исключения острого вирусного гепатита (ОВГ).

При обнаружении конкрементов в желчном пузыре (ЖП) или желчевыводящих протоках (ЖВП) и при наличии конъюгированной гипербилирубинемии, билируинурии, ахоличном стуле проводится консультация хирурга, решается вопрос об оперативном лечении.

Полученные ультразвуковые признаки: дилатация желчевыводящих протоков, увеличение и изменение экоструктуры головки поджелудочной железы (ПЖ)- дают основание для продолжения диагностического поиска в условиях стационара хирургического профиля. Для исключения рака большого дуоденального сосочка, желудка и двенадцатиперстной кишки проводится ФГС, с обязательным осмотром Фатерова сосочка и выполнением прицельной биопсии.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) выполняется при отсутствии изменений по данным ФГС. Метод позволяет оценить состояние холедоха, желчевыводящих путей, протоков поджелудочной железы и диагностировать или заподозрить следующую патологию: холедохолитиаз, рак поджелудочной железы и желчного протока, стеноз холедоха, стенозирующий папиллит.

При подозрении на очаговое поражение поджелудочной железы, печени, показаны магнитно-резонансная или компьютерная томография.

Предложенный алгоритм диагностики позволяет усовершенствовать этап неотложной, специализированной и высокотехнологичной помощи больным с острой и обострением хронической печеночной недостаточности в многопрофильном стационаре. Сокращение времени постановки диагноза и определение этапа медицинской помощи являются принципиально важными, учитывая высокую смертность пациентов с ПН в первые сутки пребывания в стационаре.