

Т.Я. Чернобровкина*¹, В.В. Никифоров¹, Я.Д. Янковская¹,
С.В. Бурова¹, Е.В. Кардонова², О.А. Сафонова²

¹ — ФГБОУ ВО «Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет имени Н.И. Пирогова», кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии лечебного факультета, Москва, Россия

² — ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 1 ДЗМ», Москва, Россия

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ЖЕЛТУШНЫМ СИНДРОМОМ В ПРАКТИКЕ ИНФЕКЦИОНИСТА

T.Ya. Chernobrovkina*¹, V.V. Nikiforov¹, Ya.D. Yankovskaya¹,
S.V. Burova¹, E.V. Kardonova², O.A. Saphonova²

¹ — Federal State budget institution of higher education «Pirogov Russian National Research Medical University», Department of Infectious Diseases and Epidemiology (general medicine faculty), Moscow, Russia

² — Infectious Clinical Hospital № 1 of the Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia

DIAGNOSTIC SIGNIFICATION OF ICTERIC IN INFECTIOUS DISEASES

Резюме

Дифференциальный диагноз инфекционных заболеваний для врачей общей практики всегда представляет сложный процесс. Спектр нозологических форм, при которых возможно развитие желтухи, необычайно широк. Врач, прежде всего, должен исключить или подтвердить инфекционную природу желтухи, что продиктовано, в первую очередь эпидемиологическими правилами. В настоящем сообщении представлена клинико-эпидемиологическая характеристика основных заболеваний с желтушным синдромом. Проведен анализ частоты встречаемости инфекционной патологии с синдромом желтухи, по данным 18 отделения инфекционной клинической больницы № 1 г. Москвы за 2014-2015 годы.

Ключевые слова: вирусные гепатиты, желтуха, ранняя диагностика, инфекционные болезни с желтушным синдромом.

Abstract

The differential diagnosis of infectious diseases for general practitioners is always a difficult process. The spectrum of clinical entities when jaundice may develop is unusually wide. First of all doctor must exclude or confirm infectious nature of the jaundice, which is dictated primarily by epidemiological rules. This report contains clinical and epidemiological characteristics of key diseases causing jaundice syndrome. Authors conducted analysis based on the data of the 18th department of the Moscow Infectious Hospital № 1 for the years 2014-2015 and revealed how common infectious diseases causing jaundice syndrome are.

Key words: viral hepatitis, icterus, early diagnosis, infectious disease with icteric syndrome.

DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-1-15-22

ВГ — вирусный гепатит, ГА — гепатит А, ГВ — гепатит В, ЦМВ — цитомегаловирус

Введение

Инфекционные болезни широко распространены среди населения. Специалисты различных областей медицины (гастроэнтерологи, терапевты, гинекологи) постоянно сталкиваются с инфекционной патологией. К сожалению, до сих пор относительный

дефицит врачей инфекционистов по сравнению с врачами общей терапевтической практики приводит к промедлению получения пациентами грамотной и своевременной консультации и помощи. Таким образом, первичный диагноз заболевания, сопровождающегося желтухой, довольно часто оказывается в руках многих специалистов, и вероятнее

*Контакты/Contacts. E-mail: tanyura541@mail.ru

всего — у терапевтов. Ранняя диагностика, целенаправленная госпитализация, своевременная терапия имеют наибольшее значение, как для самого пациента, страдающего инфекционным заболеванием, так и для его окружения (контактных лиц). Известно, что распознавание инфекционного заболевания для большинства врачей представляет собой сложный диагностический процесс. Наиболее важным в диагностике инфекционных болезней является детальный сбор эпидемиологического анамнеза в пределах инкубационного периода предполагаемой инфекции, начального периода и выявления патогномоничных симптомов. Инфекционные болезни характеризуются определенными клинико-эпидемиологическими особенностями, которые должны быть известны врачам общей практики.

Целью настоящего сообщения является описание основных принципов и алгоритма ранней дифференциальной диагностики основных заболеваний, протекающих с желтушным синдромом, в практике врача инфекциониста.

В структуре инфекционных болезней преобладают вирусные инфекции, прежде всего респираторные,

включая грипп, ветряную оспу. Широко распространены кишечные инфекции вирусной и бактериальной этиологии, а также вирусные гепатиты (ВГ) [2, 5, 8]. Показатели инфекционной заболеваемости по РФ за 2015 г. в порядке убывания, представлены в таблице 1.

Желтуха — яркий клинический признак, который замечают сам пациент, люди, окружающие его, и врачи. Желтуха может проявляться изменением цвета кожи и слизистых оболочек (склеры, уздечка языка, небо), физиологических отпавлений. Желтушное окрашивание кожи, слизистых оболочек может быть связано не только с поражением печени. Различают желтухи истинные, в основе которых лежит гипербилирубинемия, и псевдожелтухи, имеющие разные причины.

При истинной желтухе, связанной с гипербилирубинемией желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек становится заметным при определении в сыворотке крови пациента превышении нормального уровня билирубина в 2 раза [4, 6]. При констатации желтухи у пациента, необходимо использовать дневное естественное освещение, сравнивать цвет кожи больного с цветом кожи здорового человека, осматривать не только кожные, но и слизистые оболочки, обращать внимание на внепеченочные поражения (телеангиоэктазии, варикозно-расширенные вены на животе и грудной клетке, пальмарную эритему, отеки, артралгии, экзантемы, анемию и т.д.) и осматривать цвет физиологических отпавлений [5, 6].

При псевдожелтухе желтушная кожа под светом синей лампы приобретает зеленоватый оттенок [4, 6].

Своеобразный желто-оранжевый оттенок кожи отмечается при избыточном употреблении пациентами каротинсодержащих продуктов (морковь, манго, шпинат, апельсин) или у пациентов при поражении печени с нарушением метаболизма каротина. В таком случае, более выраженная желтоватая окраска кожи отмечается в области стоп, ладоней и суставов. Общее самочувствие человека при этом не страдает и печень не увеличивается [3].

Кроме того, псевдожелтуха, вызванная гиперкаротинемией, наблюдается у больных гипотиреозом. Помимо желтушного (персикового) оттенка кожи у этих пациентов можно выявить другие симптомы данного заболевания, такие как сонливость, заторможенность, гипотермия, зябкость, ломкость и выпадение волос, периорбитальный отек (микседематозный отек), снижение аппетита, склонность к запорам и т.д. [2, 3].

Псевдожелтуха наблюдается у пациентов, принимающих акрихин для лечения малярии, некоторых

Таблица 1. Показатели инфекционной заболеваемости по РФ за 2015 г. на 100 тыс. населения.
Table 1. Indicators of infectious diseases in the Russian Federation for 2015 by 100 thousand population.

п/п s/n	Нозоформа/ Nosological form	Показатель/ The value
1	ОИВДП/OIVDP	20657
2	Ветряная оспа/Varicella	562
3	ОКИ установленной этиологии/ Acute intestinal infection	168
4	ХГС/Chronic hepatitis C	38
5	Грипп/Flu	34
6	Сальмонеллезная инфекция/ Salmonella infection	25
7	ХГВ/Chronic hepatitis B	10
8	Шигеллез/Shigellosis	6,8
9	ГЛПС/HFRS	6,3
10	Энтеровирусная инфекция/ Enterovirus infection	5,3
11	Клещевой боррелиоз/Lyme borreliosis	5
12	Коклюш и ГА/ Whooping cough and hepatitis A	по 4,4
13	ОГС/Acute hepatitis C	1,4
14	ОГВ/Acute hepatitis B	1,1

Примечание* ОИВДП — острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации; ОКИ — острые кишечные инфекции; ХГС — хронический гепатит С; ХГВ — хронический гепатит В; ГЛПС — геморрагическая лихорадка с почечным синдромом; ГА — гепатит А; ОГС — острый гепатит С; ОГВ — острый гепатит В.
Note* OIVDP — acute infection of upper Airways of multiple and unspecified localization; AII — acute intestinal infection; HCV — chronic hepatitis C; HBV — chronic hepatitis B; HFRS — hemorrhagic fever with renal syndrome; HAV — hepatitis A; HCV — acute hepatitis C; HBV — acute hepatitis B.

гельминтозов, кожного лейшманиоза. В процессе метаболизма акрихина в организме человека образуется вещество, окрашивающее кожу в желтый оттенок.

Таким образом, тщательно собранный у пациента пищевой и лекарственный анамнез, отсутствие у него эпидемиологического анамнеза, позволяющего предположить возможный источник заражения, отсутствие цикличности течения болезни (смены периодов, характерных для инфекционного заболевания), отсутствие других симптомов инфекционного заболевания (температура, сыпь, артралгия, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия и т.д.), отсутствие желтушной окраски слизистых оболочек и изменения окраски физиологических отпавлений (ахолия стула), позволяет врачу уже на догоспитальном этапе провести дифференциальный диагноз и исключить псевдожелтуху.

Желтухи, обусловленные гипербилирубинемией, в зависимости от причин делятся на надпеченочные, печеночные и подпеченочные. Алгоритм дифференциальной диагностики желтух в клинической практике требует, прежде всего, установления типа желтухи и, в первую очередь, исключения заболеваний, протекающих с над- и подпеченочной желтухой. Далее проводится дифференциальный диагноз в группе печеночных желтух, в частности, с вирусными гепатитами, с желтушными формами других инфекционных болезней, алкогольным и лекарственным гепатитами [5].

Надпеченочные желтухи

Основной причиной надпеченочной желтухи являются гемолитические анемии, наследственные и приобретенные. Кроме того, она может развиваться при болезнях, связанных с неэффективным эритропозом, с возникновением дополнительных источников продукции билирубина (гемопротеинов) и недостаточностью транспортной системы — билирубин-альбуминового комплекса.

Больные с гемолитическими желтухами в инфекционные стационары поступают редко. Гемолитические желтухи неинфекционного генеза имеют ряд общих признаков, позволяющих легко отличить их от других видов желтух. К таким признакам относятся: отсутствие эпидемиологического анамнеза, отсутствие продромального (преджелтушного) периода, отсутствие интоксикационного синдрома (лихорадка), отсутствие боли в правом подреберье, слабо выраженная желтуха на фоне бледности кожных покровов (лимонная), другие проявления анемии (слабость, головокружение), увеличение селезенки при длительном течении болезни, отсутствие кожного зуда, отсутствие ахолического кала [3, 7].

Небольшая часть случаев надпеченочных желтух обусловлена разрушением клеток эритропоэтического ряда вследствие дефицита витамина В12 и фолиевой кислоты. Это может наблюдаться при различных болезнях органов пищеварения с синдромом нарушенного всасывания и с синдромом недостаточного пищеварения. При некоторых гельминтозах ведущим механизмом желтухи является дефицит антианемических факторов, поэтому при дифференциальной диагностике помимо клинических признаков В12-дефицитной анемии, диспептического синдрома необходимо учитывать характерный пищевой и профессиональный эпиданамнез (рыбак, работник водного транспорта, употребление в пищу зараженной, недостаточно термически обработанной рыбы и икры) [5].

Гемолитическая желтуха может развиваться при малярии и заподозрить ее возможно по характерной клинической картине: чередование малярийного приступа (быстрое повышение температуры до 39-40°C, с потрясающим ознобом, сменяющимся жаром и обильным потоотделением при критическом падении температуры) с периодами апиреksии или так называемая цикличность лихорадки. По мере развития болезни увеличиваются печень и селезенка. Кожа приобретает бледный, субиктеричный оттенок. Важными критериями диагноза являются указания о пребывании пациента в зарубежных странах и некоторых районах нашей страны, неблагоприятных по малярии, в течение последних 3-х лет, а также наличие сходных состояний среди окружающих.

Подпеченочные желтухи

Больные с подпеченочной желтухой поступают в инфекционные стационары достаточно часто. Ошибочная диагностика инфекционных желтух у больных с хирургической патологией может привести к неблагоприятному прогнозу и исходу болезни и нарушению эпидемиологических мероприятий.

Подпеченочные желтухи обычно вызываются обструкцией желчевыводящих путей и традиционно подразделяются на опухолевые и калькулезные. К обструкциям могут приводить также стеноз общего протока, панкреатит и холецистит. Необходимо помнить, что обструкция желчевыводящих путей может осложняться воспалением (инфекцией), тогда пациенты предъявляют дополнительные жалобы на лихорадку.

Диагностически ориентировочными признаками опухолевых желтух можно считать: преимущественно пожилой возраст пациента (факультативный признак); общие проявления раковой болезни (анорексия, похудание, склонность к анемизации, увеличение СОЭ); нередко серо-землистый оттенок желтухи;

нередкое повышение температуры на фоне желтухи; отсутствие цикличности течения болезни; длительную стабильную ахолию и холурию; раннее появление зуда (до желтухи) с наличием на коже следов расчесов; нередко — тупые боли в верхних отделах живота; гепатомегалию с плотной консистенцией печени, иногда бугристой поверхностью; отсутствие увеличения селезенки; симптом Курвуазье (увеличенный желчный пузырь при пальпации) [5, 6].

Опорно-диагностическими признаками калькулезных желтух можно считать: отсутствие характерного для гепатитов преджелтушного периода; наличие в анамнезе жизни приступов печеночной колики; указание на низкую толерантность к жирной и жареной пище; появление желтухи после очередного болевого приступа с повышением температуры, ознобом, рвотой; выраженная болезненность при пальпации правого подреберья; отсутствие увеличения селезенки; симптом Ортнера (болезненность при поколачивании по правой реберной дуге).

В любом вызывающем подозрении случае внепеченочная обструкция с желтухой у больного должна подтверждаться дополнительными методами обследования, например, применением ультразвуковой диагностики, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, холангиографии, ангиографии [4, 7]. Эти методы также позволяют выявить внутрипеченочный холестаз, связанный с первичными и метастатическими злокачественными опухолями, кистами, в том числе паразитарными, а также другими опухолями печени и абсцессами.

Печеночные желтухи

Самыми сложными для дифференциальной диагностики у врачей являются печеночные желтухи, так

как повышение билирубина при этом типе желтух может быть связано как с недостаточностью захвата билирубина печеночной клеткой, так и с нарушением конъюгации билирубина с глюкуроновой кислотой и нарушением экскреции билирубина из гепатоцитов в желчные каналы. Печеночные желтухи представлены большим количеством нозологических форм и прежде всего — вирусными гепатитами и желтушными формами инфекционных болезней (инфекционного мононуклеоза, лептоспироза, псевдотуберкулеза). Неспецифический гепатит и желтуха могут развиваться при герпетической, цитомегаловирусной, энтеровирусной и аденовирусной инфекциях, при желтой лихорадке и протозойных инфекциях (токсоплазмоз, описторхоз, фасциолез) [4, 4]. Печеночный тип желтухи развивается и при поражении печени неинфекционной этиологии — это желтухи беременных, пигментные гепатозы, токсические гепатиты. Также следует учитывать развитие печеночно-клеточных желтух при различных хронических заболеваниях печени (хронические гепатиты, циррозы печени) [4, 7]. В любом случае в основе раннего (догоспитального) дифференциального диагноза печеночных желтух также лежит тщательный сбор эпидемиологического анамнеза, выявление клинических симптомов (синдромов), характерных для инфекционного заболевания и исключение, в первую очередь, среди них всех видов вирусных гепатитов (А, В, С, D и E).

Одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний, сопровождающихся увеличением печени и развитием печеночной желтухи, является вирусный гепатит (ВГ). Анализируя этиологическую структуру заболеваемости ВГ населения г. Москвы за последние годы, среди острых вирусных гепатитов традиционно преобладает гепатит А с фекально-оральным механизмом заражения (таблица 2).

Таблица 2. Сведения о заболеваемости ВГ населения города Москвы по данным Роспотребнадзора за 2014-2015 гг.
Table 2. Information on the diseases of viral hepatitis in the population of Moscow for 2014-2015

п/п	Нозоформа/ Diseases	2015 г.	2014 г.	2015 г.	2014 г.	Темп прироста/ Rate of increase
		Всего/All	Всего/All	на 100 т. населен./ 100 thous. population	на 100 т. населен./ 100 thous. population	
1	Острые гепатиты/Acute hepatitis	683	1300	5,67	10,94	-48,0%
2	из них: ГА/of them: HAV	264	775	2,19	6,5	- в 3,0 р.
3	ОГВ/Acute HBV	220	282	1,83	2,37	-22,8%
4	ОГС/Acute HCV	174	209	1,44	1,75	-17,7%
5	ХВГ/Chronic hepatitis	11391	8907	94,58	74,74	+26,5%
6	ХГВ/Chronic HBV	1786	1470	14,83	12,33	+20,3%
7	ХГС/Chronic HCV	9560	7382	79,38	61,94	+28,2%
8	Носительство вируса ГВ/Carriers of HBV	3670	4642	30,47	38,95	-21,8%

Примечание* ГА — гепатит А; ОГВ — острый гепатит В; ОГС — острый гепатит С; ХВГ — хронические вирусные гепатиты; ХГВ — хронический гепатит В; ХГС — хронический гепатит С.
Note* HAV — hepatitis A; acute HBV — acute hepatitis B; acute HCV — acute hepatitis; CVH — chronic viral hepatitis; Chronic HBV — chronic hepatitis B; Chronic HCV — chronic hepatitis C.

Среди впервые установленных хронических вирусных гепатитов достоверно преобладает удельный вес хронического гепатита С, что соответствует данным литературы. Также отмечается рост заболеваемости хроническими гепатитами В и С в 2015 г. по сравнению с 2014 г., на 20,3 и 28,2%, соответственно. Все это подтверждает актуальность изучения желтушно-го синдрома при ВГ.

Для исключения ГА врачи должны учитывать преобладание детского и молодого возраста в структуре заболеваемости; преимущественную осенне-зимнюю сезонность; характерный эпиданамнез с групповой заболеваемостью (случаи гепатита в семье, школе, саду, на работе; профессиональную занятость пациента: слесарь-сантехник, торговец овощами и фруктами и другие причины, дающие возможность реализации фекально-оральному механизму инфекции); инкубационный период болезни от 7 до 50 дней; острое начало болезни с повышения температуры до 38-39°C, минимальный катаральный синдром, диспепсические проявления; гепатоспленомегалию; отсутствие ухудшения состояния больного при появлении желтухи, крайне редкое развитие тяжелых форм болезни и отсутствие хронизации процесса [1, 4, 5].

Критериями острого ГВ являются: преимущественная заболеваемость взрослого населения, длительный преджелтушный период (постепенное начало заболевания с астеновегетативным и артралгическим синдромами); парентеральный эпиданамнез (беспорядочные незащищенные половые связи, операции, различные медицинские и немедицинские повреждения кожи и слизистых в течение 1-6 месяцев); ухудшение самочувствия больного при появлении желтухи; возможность хронизации процесса и развития тяжелого течения с печеночной комой.

При подозрении на хронический гепатит В необходимо учитывать отдаленный парентеральный анамнез (свыше 6 мес.), указания пациента на перенесенный в прошлом гепатит или желтуху, эпизоды ухудшения самочувствия со снижением работоспособности, потемнением мочи и посветлением кала, увеличение печени плотной консистенции и увеличение селезенки, наличие геморрагий и внепеченочных знаков.

Желтушные формы инфекционного мононуклеоза составляют 10% от всех случаев этого заболевания и чаще всего требуют дифференцировки с гепатитом А [3]. Заподозрить эту инфекцию достаточно просто, так как клинические проявления желтухи возникают на фоне основных признаков заболевания: интоксикационного синдрома, катарального синдрома с явлениями ангины, генерализованной лимфаденопатии (главным образом шейных групп лимфоузлов).

Принципиально важной задачей является ранняя дифференциальная диагностика желтушных форм вирусных гепатитов и лептоспироза, так как несвоевременное выявление лептоспироза способствует развитию почечно-печеночной недостаточности, массивному геморрагическому синдрому и менингоэнцефалиту [2, 6]. Для желтушной формы лептоспироза характерна настолько яркая клиническая картина, которая не вызывает значительные затруднения в распознавании ее. Лептоспироз всегда начинается остро, с высокой лихорадки, сопровождающейся сильными головными и мышечными болями. Причем миалгии (боли в мышцах шеи, поясницы, икроножных мышц), достигают такой силы и значимости, что считаются патогномоничными для этого заболевания. Желтуха при лептоспирозе появляется, как правило, с 5-7-го дня болезни, достаточно яркая и может сопровождаться кожным зудом [2, 8]. С 3-го дня болезни возможно появление экзантем и различных проявлений (признаков) геморрагического синдрома. Но самым важным является поражение почек со всеми клиническими проявлениями прогрессирующей острой почечной недостаточности. Нельзя проигнорировать и характерный эпиданамнез (купание и использование для бытовых нужд воды из открытых водоемов; при рыбной ловле; во время сельскохозяйственных работ на заболоченных почвах; при уходе за больными животными; наличие в доме мышей, собак) в пределах инкубационного периода, для ранней диагностики желтушной формы лептоспироза [5].

В дифференциальном диагнозе вирусного и токсического гепатитов большое значение имеют сведения пациента о контактах с гепатотоксичными ядами. Для этого врачу необходимо тщательно расспросить больного о характере работы пациента, употреблении лекарственных препаратов и алкоголя (этанолсодержащих продуктов).

Чаще всего лекарственные гепатиты вызывают туберкулостатические препараты, аминазин, антидепрессанты, цитотоксические средства, некоторые гормональные и антибактериальные препараты. Всем известно, что развитию лекарственного гепатита способствует полипрагмазия, длительность приема, повышенная дозировка препаратов, а также заболевания печени в анамнезе.

Оrientировочными признаками лекарственного гепатита, кроме тщательно собранного лекарственного анамнеза, можно считать наличие других проявлений лекарственной аллергии (сыпь, зуд, стоматит, артралгия, лихорадка), сведения о плохой переносимости этих препаратов в прошлом и длительной (затяжной, не интенсивной) желтухи при долгом применении лекарственных препаратов.

Алкогольное поражение печени заслуживает отдельного рассмотрения, поскольку врачам первого звена нередко приходится решать задачу дифференциального диагноза между вирусным и алкогольным гепатитами. По данным ВОЗ, до 40% населения систематически употребляют алкоголь. Выделяют три формы алкогольного поражения печени, которые представляют собой стадии алкогольной болезни печени. Это жировая дистрофия печени, алкогольный гепатит (острый и хронический) и цирроз печени [4]. В наркологической практике существует комплекс клинико-лабораторных исследований, позволяющий разграничить эти стадии между собой. Для врача общей практики вероятными клиническими признаками алкогольного гепатита можно считать: алкогольный анамнез (отдаленный, ближайший); наличие температуры в период желтухи; жалобы на тошноту, рвоту и тяжесть в правом подреберье в фазу желтухи; анорексию (отвращение к пище) до появления желтухи и нередко снижение массы тела с расстройством стула.

Пигментные гепатозы — это заболевания, связанные с наследственными нарушениями обмена билирубина проявляющиеся перемежающей желтухой без выраженных изменений функций печени. К ним относят синдромы Жильбера, Криглера-На-

яра, Дабина-Джонсона и Ротора. Всем известны трудности разграничения пигментных гепатозов с другими заболеваниями печени и о возможности постановки достоверного диагноза только с использованием специальных методов исследования: бромсульфалеиновой пробы, холецистографии, биопсии печени и генетических исследований [4].

Материалы и методы

Для оценки качества диагностики инфекционной патологии, с желтушным синдромом, за 2014-2015 гг. были проанализированы годовые отчеты лечебной работы заведующей 18 гепатологического отделения ИКБ № 1 г. Москвы Сафоновой О.А. Оценивалась частота подтверждения (верификации) диагноза вирусного гепатита, сравнивался процент встречаемости неинфекционных желтух.

Результаты и обсуждения

В 2014-2015 гг. с подозрением на вирусный гепатит в 18 отделение было госпитализировано 1 459 и 1 559 пациентов с проявлениями желтухи, соответственно (таблица 3). Вирусная этиология гепатита подтверждалась серологическими маркерами:

Таблица 3. Диагнозы, установленные в 18 гепатологическом отделении ИКБ № 1 пациентам с желтухой.
Table 3. The diagnoses of 18 Department of infectious diseases hospital No. 1, patients with jaundice (icterus).

п/п	Диагноз/ Diagnoses	2014 г.		2015 г.	
		Количество пациентов/ All patients	% от общего числа/ Percent	Количество пациентов/ All patients	% от общего числа/ Percent
1	Гепатит А/HAV	132	9,04	75	4,8
2	Острый гепатит В/Acute HBV	57	3,9	89	5,7
3	Острый гепатит С/Acute HCV	55	3,7	78	5,0
4	Гепатит Е/HEV	2	0,1	1	0,06
5	Хронический гепатит В/Chronic HBV	99	6,8	121	7,7
6	Хронический гепатит С/Chronic HCV	542	37,1	426	27,3
7	Микст-инфекция: ХГВ+ХГС/ Mixed infection: chronic HBV+HCV	11	0,7	10	0,6
8	ХГВ+ХГД/chronic HBV+HDV	15	1,03	9	0,57
9	ХГВ+ХГД+ХГС/Chronic HBV+HDV+HCV	8	0,5	7	0,4
10	ХВГ с исходом в цирроз печени/ Chronic HBV with the cirrhosis	346	23,7	412	26,4
11	Гепатит неуточненной этиологии/ Hepatitis of unknown etiology	56	3,8	144	9,2
12	Хронический алиментарный гепатит/ Alimentary chronic hepatitis	46	3,1	80	5,1
13	Механическая желтуха/Obstructive jaundice	81	5,5	107	6,8
14	Лептоспироз/Leptospirosis	9	0,6	0	0
15	Итого/All	1459	100	1559	100

Примечание * ХГВ+ХГС — хронический гепатит В + хронический гепатит С; ХГВ+ХГД — хронический гепатит В + хронический гепатит Дельта.
Note * Chronic HBV+HCV — chronic hepatitis B + chronic hepatitis C; Chronic HBV+HDV — chronic hepatitis B+chronic hepatitis Delta.

Таблица 4. Распределение диагнозов по этиологии и течению вирусных гепатитов.
Table 4. Distribution of diagnoses the etiology and course of viral hepatitis.

Нозологические формы/ Diagnoses	Пролечено больных/ All patients		
	2014 г.	2015 г.	Всего/ all
Острые вирусные гепатиты/Acute viral hepatitis	246 (100%)	243 (100%)	491
Гепатит А/HAV	132 (53,6%)	75 (30,8%)	207
Хронические вирусные гепатиты/Chronic viral hepatitis	675 (100%)	573(100%)	1248
Хронический гепатит С/Chronic HCV	542 (80,3%)	426 (74,3%)	968

для гепатита А — обнаружением в сыворотке крови пациента antiHAV IgM и IgG; для гепатита В — обнаружением HBsAg, antiHBcore IgM и IgG, antiHBeAg, HBeAg; для гепатита С — antiHCV IgM и IgG; для Дельта-инфекции — antiHDV IgM и IgG; для гепатита Е — antiHEV IgM и IgG. Из пролеченных пациентов в 2014 и 2015 гг. у 1267 (86,8%) и 1228 (78,7%), соответственно, установлена вирусная этиология гепатита. Высокий процент подтверждения вирусной этиологии поражения печени среди госпитализированных пациентов с желтухой свидетельствует о правильной ранней диагностике заболеваний печени.

В структуре диагноза «вирусный гепатит» в 2014 и 2015 гг. преобладали пациенты с хроническим поражением печени, вызванным вирусом гепатита С. В структуре острых вирусных гепатитов за истекшие 2 года, количество больных сохранялось на одинаковом уровне. Однако этиологическим агентом острого вирусного гепатита в 2014 г. чаще являлся вирус гепатита А, а в 2015 г. — вирус гепатита В (таблица 3, 4).

Диагноз хирургического заболевания (механическая желтуха) был выявлен у 81 (5,5%) и у 107 пациентов (6,8%) в 2014 и 2015 гг. соответственно. Все эти пациенты в течение 2-х суток были обследованы и переведены в профильные отделения.

Обращают на себя внимание определенные трудности в дифференцировке желтушной формы лептоспироза, так как в 2014 году с подозрением на вирусный гепатит было госпитализировано 9 (0,6%) пациентов с лептоспирозом, что подтверждает значимость настоящего сообщения.

Затруднения представляла верификация острых и хронических гепатитов неустановленной (неясной) этиологии. Этим пациентам после выписки рекомендовалось самостоятельное обследование на ТТ-инфекцию, G гепатит, цитомегаловирусную инфекцию и аутоиммунный гепатит.

За истекший период наблюдения необходимо отметить высокий уровень частоты встречаемости хронических вирусных гепатитов с исходом в цирроз печени в группе хронических гепатитов.

Таким образом, анализ частоты подтверждаемости вирусных гепатитов в гепатологическом отделении ИКБ № 1 за 2 года, выявил высокий процент совпадения направительного диагноза с профилем отделения (вирусный гепатит), что соответствует хорошей подготовке и высокому уровню знаний врачей клинико-эпидемиологической (ранней) диагностики инфекционных заболеваний с поражением печени.

Клинический пример

Показательным примером может служить история болезни пациента с цитомегаловирусным гепатитом, в которой имеется сочетание многих факторов, обуславливающих сложность дифференциального диагноза и с которым может встретиться врач общей практики.

Больной С., 25 лет заболел 3 недели назад. Беспокоили общая слабость, снижение аппетита, субфебрильная температура, периодическая тяжесть в эпигастрии, дискомфорт в горле и головные боли. За время болезни пациент обратил внимание на однократное потемнение мочи. Из эпиданамнеза известно, что в окружении все здоровы, из Москвы в течение 2-х лет не выезжал, парентеральный анамнез не отягощен. При осмотре: состояние расценено как средней тяжести, нормального телосложения, температура тела 37,4°С. Склеры субиктеричные, кожные покровы обычной окраски, геморрагий нет. Пальпировались мелкие безболезненные шейные лимфоузлы. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Миндалины рыхлые, налетов нет. На твердом небе и передних небных дужках множественные энантемы (элементы везикулезной сыпи до 1мм в диаметре). Пальпировались увеличенная печень на 2 см ниже края правой реберной дуги и край селезенки. Стул был окрашен, моча насыщенно-желтого цвета. Пациент направлен в стационар с подозрением на вирусный гепатит. В анализах крови повышена активность АЛТ до 315 ЕД/л, АСТ до 159 ЕД/л, уровень общего билирубина — 29 мкмоль/л, показатель ГГТ — 90 ЕД/л. Маркеры вирусных гепатитов А, В и С не обнаружены. Антител к ВИЧ не обнаружено. В клиническом анализе крови лейкоциты 11×10⁹, лимфоциты 55, моноциты 13. Диагноз вирусного гепатита А, В и С

был снят, высказано предположение о гепатите герпесвирусной этиологии. Диагноз получил подтверждение при серологическом и молекулярно-биологическом обследовании: в крови пациента обнаружены антитела к цитомегаловирусу IgG 32 (пол.>15), IgM 19 (пол.>1,0), авидность IgG<50%, обнаружена ДНК цитомегаловируса (ЦМВ). Терапия цитомегаловирусного гепатита до конца не разработана. Пациенту в стационаре была назначена дезинтоксикационная и патогенетическая терапия гептралом 400 мг, реамберин 1,5% 400мл, тиотриазолином 25 мг 4 мл, урсосаном 250 мг по схеме с положительным эффектом. Учитывая иммуносупрессивное действие вируса, был назначен изопринозин 500мг 3 раза в день. Учитывая улучшение самочувствия пациента на 5-й день пребывания в стационаре, от введения противцитомегаловирусных препаратов (валганцикловир, цитотект) воздержались. В анализах крови при выписке (10-й день пребывания в стационаре) активность АЛТ снизилась до 209 ЕД/л, АСТ до 59 ЕД/л. Пациент выписан под наблюдение врача инфекциониста по месту жительства.

Заключение

В настоящем сообщении мы попытались проанализировать этапы ранней дифференциальной диагностики некоторых заболеваний с синдромом желтухи без использования лабораторных методов исследования. Спектр нозологических форм, при которых возможна гипербилирубинемия и желтуха, необычайно широк и установление диагноза в определенных случаях представляет значительную сложность.

Разграничение желтух в клинической практике требует, прежде всего, установления типа желтухи и исключения в первую очередь заболеваний, протекающих с надпеченочной и подпеченочной желтухой. Самыми сложными для клинициста являются печеночно-клеточные желтухи, дифференциальный диагноз которых проводится, прежде всего, между вирусными гепатитами, желтушными формами других инфекционных болезней и токсическими гепатитами.

Разграничивать врачу этиологические формы вирусного гепатита на догоспитальном этапе не обязательно, важно среди всех желтух уметь исключить инфекционную болезнь и хирургическую патологию. Исключение или подтверждение инфекционной природы желтухи продиктовано, в первую очередь, эпидемиологическими соображениями и необходимостью скорейшего назначения адекватной терапии.

Развитие гепатита с желтухой при герпетической, цитомегаловирусной, энтеровирусной, аденовирусной инфекциях, при желтой лихорадке и протозой-

ных инфекциях, всегда требует использования лабораторных методов исследования.

Врач не должен пренебрегать знаниями эпидемиологического анамнеза инфекционных заболеваний, который является особенно ценным для ранней диагностики инфекций со скудной (стертой, малосимптомной) клинической картиной заболевания или микст-инфекцией.

Ⓐ

Список литературы:

1. Герасун Б.А., Грицко Р.Ю., Герасун А.Б., Малиникова Е.Ю., Михайлов М.И. Вирусные гепатиты в схемах, таблицах и рисунках. — Львов.: Кварт, 2012; 122с.
Gerasun B.A., Gritsko R.Yu., Gerasun A.B., Malinnikova E.Yu., Mikhailov M.I. Viral hepatitis in schemes, tables and figures. Lions.: Quarts, 2012; 122 p. [in Russian].
2. Инфекционные болезни. Курс лекций. под редакцией В.И. Лучшева, С.Н. Жарова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014; 512с.
Infectious diseases. A course of lectures. under the editorship of V.I. Luchsheva, S.N. Zharov. M.: GEOTAR-Media, 2014; 512 p. [in Russian].
3. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. М.: ООО «МИА». 1999: 85-152.
Kazantsev A.P., Zybik T.M., Ivanov K.S., Kazantsev V.A. Differential diagnosis of infektsionnyye. M.: ООО "МИА". 1999: 45-84 [in Russian].
4. Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врачей. Издание третье, переработанное и дополненное. М.: Медицина, 1998: 264-278.
Podymova S.D. Liver Disease. A guide for physicians. Third edition, revised and enlarged. M.: Medicine, 1998: 264-278 [in Russian].
5. Соринсон С.Н. Инфекционные болезни в поликлинической практике. СПб: Гиппократ, 1993; 320 с.
Sorinson S.N. Infectious diseases in outpatient practice. St. Petersburg: Hippocrates, 1993; 320 p. [in Russian].
6. Шувалова Е.П., Змушко Е.И. Синдромная диагностика инфекционных заболеваний. СПб: Питер, 2001: 81-97.
Shuvalova E.P., Zmushko E.I. Syndromic diagnosis of infectious diseases.-Saint Petersburg: Piter, 2001: 81-97 [in Russian].
7. Шлоссберг Д., Шульман И.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. пер. с англ. М. СПб.: «Издательство БИНОМ»-«Невский Диалект», 2000: 119-129.
Schlossberg D., Shulman I.A. Differential diagnosis of infectious diseases. per. s angl. M.-SPb.: "Publishing house BINOM"- "Nevsky Dialect", 2000: 119-129 [in Russian].
8. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: Национальное руководство. М.: Гэотар-Медиа, 2010; 1056 с.
Yushchuk N.D., Vengerov Yu.Ya. Communicable diseases: National guidelines. M.: GEOTAR-Media, 2010; 1056 p. [in Russian].

*Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/
The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests*

Статья получена/article received 21.04.2016 г.