

ШКУРБА А.В.
Национальный медицинский университет, Киев
кафедра инфекционных болезней, зав. кафедрой профессор Возианова Ж. И.

УДК: 616.36-002-036.11-07:578.8

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

ключевые слова:

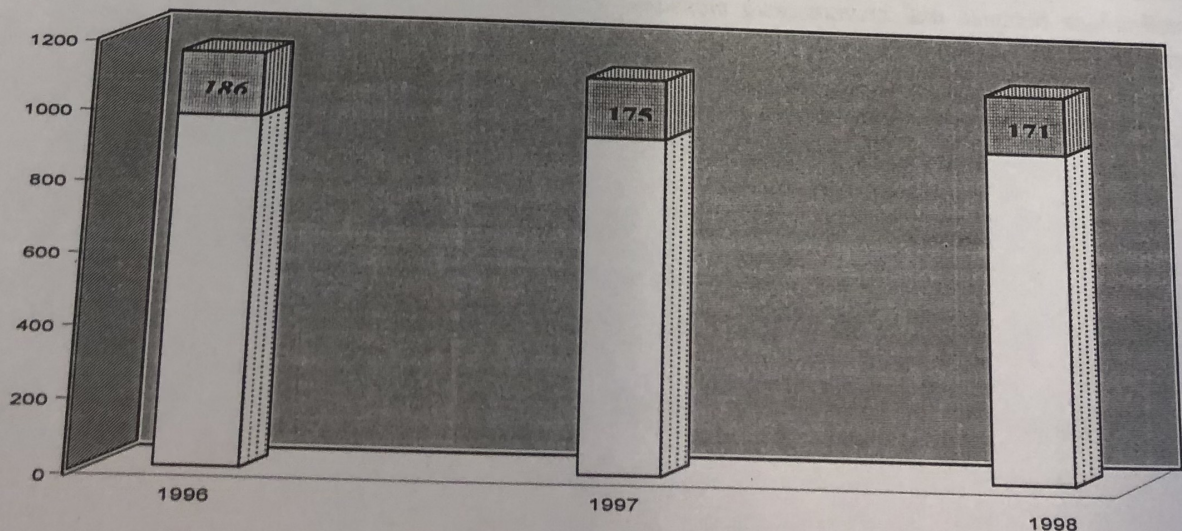
*вирусные гепатиты, диагностика,
экспертная компьютерная программа*

В настоящее время как в мире, так и в Украине происходит постоянный рост вирусных гепатитов (ВГ). Увеличение количества случаев ВГ обусловлено не только улучшением методов специфической диагностики, но и сложившимися в ряде стран особыми условиями, способствующими реализации возможности инфицирования вирусами гепатитов, в особенности теми, которые передаются парентеральным путем. Это, в первую очередь, обусловлено повышением количества медицинских и, в особенности, немедицинских (введение наркотических веществ) парентеральных вмешательств [3]. Так, численный показатель инфицированности парентеральными ВГ людей, заражение которых произошло из-за введения наркотиков, вырос в странах бывшего СССР на 200% за последние 5 лет [1].

Несмотря на появление более качественных и высокочувствительных лабораторно-инструментальных способов диагностики, к сожалению, допускается еще значительное количество ошибок в распознавании острых ВГ. Так более 85% больных обтурационной желтухой на первых порах были направлены в инфекционный стационар [2].

Нами проведен анализ качества догоспитальной диагностики острых ВГ по материалам работы клиники инфекционных болезней НМУ за 1996-1998 годы. Распределение больных по годам приведено в диаграмме.

Распределение больных, у которых диагноз ВГ был отвергнут по отношению к общему числу поступивших с подозрением на ВГ по материалам 1-го инфекционного отделения за 1996-98 гг.



Количество больных, у которых ВГ был отвергнут

За 1996 год суммарный койко-день больных, у которых ВГ был отвергнут в процессе обследования, составил 586, в 1997 — 562, в 1998 — 544.

Пребывание больного на койке в инфекционном отделении на протяжении одних суток стоит 15 гривен 78 копеек, без учета стоимости методов обследования. Необходимо отметить тот факт, что стоимость только одного биохимического анализа с определением самых распространенных "печеночных" показателей (общего и прямого билирубина, аланин- и аспаратаминотрансфераз, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы) составляет 18 гривен 7 копеек. Ультразвуковое исследование стоит 12 гривен 75 копеек. Таким образом, в результате дефектной догоспитальной диагностики клинические отделения несут большие финансовые расходы. У большинства больных правильный диагноз был установлен в первые 2-3 суток пребывания, однако затем значительные трудности наблюдались потом при переводе больного в соответствующие стационары или отделения, так как нашему здравоохранению присуща раздельная госпитализация в связи с отсутствием в Украине гепатологических центров. А после перевода те же исследования нередко повторяются...

В настоящее время в клинике НМУ создается экспертная компьютерная программа диагностики различных вариантов вирусных гепатитов. Для корректной работы ее необходимо учесть наиболее частые ошибки в диагностике на этапе, предшествующем стационару. В связи с этим нами проанализированные ошибки, из-за которых произошла неправильная госпитализация больных с неподтвердившимся впоследствии ВГ в инфекционное отделение. Их можно разделить на следующие группы:

1. ошибки, которые произошли из-за элементарной неграмотности врачей поликлинического звена или скорой помощи;
2. ошибки, которые произошли из-за недостаточного внимания к отдельным симптомам или недооценке их врачами при амбулаторном обследовании больных, или, наоборот, их переоценке;
3. ошибки, которые допущены вследствие сходства клинической картины острых ВГ и выявленных болезней;
4. ошибки, которые допущены из-за неправильной оценки лабораторно-инструментальных данных;
5. диагностически сложные случаи.

Только 1,6% больных ВГ было направлено в стационар в 1998 в преджелтушном периоде ВГ, да и то после осмотра инфекционистом поликлиники. По-прежнему часто больные ВГ направляются только после появления желтухи, причем по нашим данным более 75% через 7 суток от ее начала. В ряде случаев направление происходит только после того, как в крови обнаруживались маркеры ВГ. Кстати, нередко поводом к проведению подобного исследования служило настояние пациента, который сам за врача решал проблемы диагностики своего патологического состояния.

До сих пор не изжиты из практики направления в стационар, где указано в качестве направительного диагноза: "Болезнь Боткина", хотя с 60-х годов нашего столетия уже введена раздельная регистрация ВГА и ВГВ, а этот термин заменен названием вирусный гепатит А. Создается впечатление, что эти доктора, направлявшие с таким диагнозом больных "остались" в тех временах. Вместе с тем, чаще всего подобное направление отражает, как правило, неуверенность в диагнозе. Именно при таком направительном диагнозе наибольшее количество случаев неправильных диагнозов.

Попутно нужно также отметить тот факт, что участковый врач даже при правильном направлении больного в стационар не отражает в направлении сопутствующую патологию, хотя прекрасно осведомлен о ней, так как нередко именно к нему стекаются все выписки из историй болезни и все результаты проведенных лабораторно-инструментальных исследований. Отсутствие подобной информации у врача стационара приводит его к проведению нередко массы ненужных исследований, консультаций чтобы доказать то, что давно известно. А ведь подобная информация очень важна для прогнозирования дальнейшего течения ВГ, возможности присоединения осложнений. Знание, например, характера и объема проведенной ранее у поступившего больного с ВГ полостной операции экономит врачу стационара время для проведения диагностического

процесса, уменьшит количество инструментальных методов обследования, что имеет важнейшее значение, так как при ВГ необходимо максимально минимизировать возможное неблагоприятное влияние на поврежденную вирусами печеночную паренхиму.

В ряде случаев к нам направляют больных, зная о том, что согласно действующим положениям при снятии инфекционного заболевания мы имеем право переводить таких больных в терапевтические стационары без согласования. Поэтому, не получив разрешения госпитализировать в терапию для симптоматического лечения больных с кахексией, далеко зашедшим опухолевым процессом (рак поджелудочной железы, метастазы разных опухолей в печень), участковый врач делает хитрый ход, направляя больного с несуществующим ВГ к нам. "Мол, они разберутся и направят потом в терапию". Таким образом, участковый врач избегает трудностей для себя. Выгнать бы из зарплаты такого доктора израсходованные в результате такой "операции" средства на проведение исследований, консультаций, транспортные расходы.

Распределение больных с отвергнутым диагнозом: "ВГ" по отдельным нозологическим формам приведено в таблице ниже.

Нозологические формы	Годы					
	1996		1997		1998	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хр. холецистопанкреатит	28	15,06	30	17,14	33	19,3
Хр. Холецистит	24	12,9	22	12,57	15	8,77
Острый панкреатит	5	2,69	6	3,44	12	7,03
Хронический панкреатит	7	3,76	11	6,29	9	5,26
Обтурационная желтуха	48	25,82	45	25,71	44	25,73
Синдром Жильбера	4	2,15	1	0,57	1	0,58
Острый гастрит	1	0,54				
Острый токсический гепатит	13	6,99	14	8	13	7,61
Хрон. Токсический гепатит	16	8,6	24	13,71	22	12,87
Цирроз печени	4	2,15	2	1,14	3	1,75
Хронический гепатит невирус. генеза	21	11,29	19	10,86	15	8,77
Лекарственная болезнь	1	0,54			1	0,58
Пневмония	4	2,15			2	1,17
Острый пиелонефрит	3	1,61	1	0,57		
Мочекаменная болезнь	2	1,07				
Системное заболевание крови	2	1,07			1	0,58
Распространенная стрептодермия	1	0,54				
Сифилис	2	1,07				
	186	100	175	100	171	100

Только явной халатностью можно объяснить направление в нашу клинику больных с ярко выраженной картиной обтурационной желтухи за счет холедохолитиаза. У пациентов имеет место острый болевой приступ в правом подреберье, вслед за этим быстро нарастает желтуха, однако их направляют к нам, объясняя родственникам, что "там, мол, разберутся". В 1996 году дважды к нам поступала больная П., у которой в первый раз всё началось с болевого приступа и быстрого появления желтухи. Участковый врач, заметив желтуху, тут же безапелляционно сказал: "У вас болезнь Боткина, сейчас этим болеют все" и направил ее в наш стационар. При обследовании у больной был выявлен уже в приемном отделении лейкоцитоз со сдвигом влево в формуле крови, низкая активность АЛТ и АсАТ. При ультразвуковом исследовании выявлены камни в

желчном пузыре и тень камня в средней трети холедоха. Больная была переведена в хирургическое отделение, где довольно быстро камень, по-видимому, вышел в двенадцатиперстную кишку, и желтуха прошла. Больная отказалась от оперативного лечения и была выписана. Спустя несколько месяцев у нее вновь возник подобный приступ, вновь был вызван тот же участковый врач, который сказал: "Ну, теперь у вас точно болезнь Боткина, ведь вы же побывали в инфекционном отделении".

Абсолютно неграмотно направление больных в клинику инфекционных болезней с подозрением на ВГ только на основании положительных желчных пигментов в моче. Некоторые врачи вообще считают, что они якобы "появляются только при ВГ". Это пример явной неграмотности, ведь давно известно, что этим термином по существу обозначается появление в моче растворимой в воде прямой фракции общего билирубина, что встречается как при паренхиматозных желтуха вообще (а не только в случае ВГ), так и при обтурационной! Следовательно этот показатель не может служить в качестве дифференциального.

Как видно из таблицы, самое большое количество ошибок было сделано при распознавании на догоспитальном этапе обтурационной желтухи. Анализ этих случаев показал, что у ряда больных обтурационной желтухой, вызванной холедохолитиазом, диагностические ошибки были допущены вследствие отсутствия острой боли, что обычно сопровождает этот вид обтурации. Кроме того, у большинства вышеупомянутых больных не было в анамнезе желчекаменной болезни. Появление у этих больных умеренных диспептических и астеновегетативных жалоб при недооценке факта отсутствия увеличения печени и селезенки приводило врачей поликлинического звена к диагностическим ошибкам. Это же касается и случаев обострения в пациентов болезней гепатопанкреатической зоны — хронического холецистопанкреатита, холецистита и панкреатита. У нескольких лиц с острым панкреатитом отсутствие выраженного болевого синдрома при наличии иных диспептических признаков привело к ошибочному направлению в инфекционный стационар с подозрением на ВГ. При этом врачи догоспитального звена совершенно не собирают эпиданамнез, хотя именно отсутствие его могло бы помочь в проведении правильной дифференциации.

Нужно отметить, что у большинства больных ВГ есть признаки поражения поджелудочной железы, что может предопределять диагностические ошибки в клинической диагностике. Этих ошибок можно было бы избежать, если бы можно было бы провести на догоспитальном этапе необходимые лабораторные и инструментальные исследования. Так, проведение определения АлАТ предоставляет высокую возможность размежевания острых ВГ от иных поражений печени: если в разгаре желтухи у больного уровень ее >500 μ /л (кинетическим методом), то это с высокой долей вероятности свидетельствует о том, что острый гепатит вызван вирусами А-Е. При отсутствии возможностей для проведения кинетического метода, большое значение для дифференциации острых ВГ от иных болезней имеет параллельное исследование типичным колориметрическим методом АлАТ не только в цельной сыворотке крови, но и обязательно в разведенной. Еще с середины 60- годов Л.Л. Громашевская высказала мнение о том, что в случаях острых ВГ при разбавлении сыворотки крови активность АлАТ значительно увеличивается относительно активности в неразведенной, что позволяет провести необходимое размежевание, так как при других состояниях увеличение активности незначительно и не соответствует титру разведения. Применение ультразвукового исследования дает возможность в 90,42% случаев диагностировать обтурацию желчных путей.

Как видно из таблицы в ряде случаев диагностирован уже на пропускнике цирроз печени, что свидетельствует о явном пренебрежении клиническими проявлениями, присущему этому поражению (появление асцита, "caput medusae" и пр.) на предыдущем диагностическом этапе.

Появление небольшой желтухи у больных, заболевших системным заболеванием крови, сочетается с общеанемическими признаками: слабостью, головокружением, шумом в ушах. Это заставляет врача достационарного звена направлять больного с инфек-

ционное отделение: "Смотрите у больного желтуха, астеновегетативный синдром! Классическое течение вирусного гепатита!". Как же в таких ситуациях оценить отсутствие увеличения печени, минимум диспептических проявлений, нормальную окраску мочи? На это благополучно закрываются глаза.

Нередко направление больных в стационар происходило при обнаружении в крови у них HbsAg. На этом базировалась вся "диагностика". Этот факт в глазах подобных докторов затмевал все остальные проявления, заставлял подгонять другие данные под любимейший диагноз. Однако врачу необходимо помнить, что обнаружение этого антигена не является подтверждением не только острой формы вирусного гепатита В, но и вообще наличия его, а может часто свидетельствовать о носителе, в то время как активный процесс в печени вызван другими причинами. Из-за этого к нам направлялись больные алкогольной болезнью печени, циррозом печени и т.д.

Во всех случаях обтурационной желтухи, вызванной опухолями гепатопанкреатической зоны, ошибки произошли из-за недооценки клинических данных — наличия у больных достаточно продолжительного периода ухудшения общего состояния (иногда до 3-4 месяцев!), снижения аппетита, похудания, наличия положительного симптома Курвуазье. А у лиц с обтурацией холедоха метастазами опухолей различной локализации явным образом пренебрегались анамнестические данные, недооценивались полученные у некоторых лиц биохимические и ультразвуковые данные даже в диагностических отделениях больниц.

Постановка диагноза ВГ у больной с распространенной стрептодермией можно представить себе только при отсутствии осмотра вообще.

Как следует из таблицы, значительное количество диагностических ошибок было допущено у пациентов с токсическим поражением печени различной давности, которое произошло вследствие или злоупотребления некоторыми гепатотоксическими медикаментами, или из-за профессионального поражения печени опасными веществами. Если бы врачами догоспитального звена был правильно собран анамнез, то можно было бы установить правильный диагноз еще и тогда. Складывается впечатление, что в этой ситуации на врача завораживающее влияние оказывал только факт появления желтухи без учета иных симптомов, что "отбивало" у него всяческие иные мысли и заставляло немедленно "упечь" больного в инфекционный стационар. Особенно это касается лиц, употребляющих наркотики, когда появление желтухи у них наряду с молодым возрастом расценивается однозначно в пользу ВГ, даже вызванного вирусом А, хотя более частой причиной появления у этой категории лиц желтухи является употребление плохо очищенного наркотика, или его большая доза.

В ряде случаев ошибочной госпитализации был выявлен хронический гепатит невыясненного генеза. Проведенными лабораторными исследованиями не подтвержденная роль в поражении печени у них вирусами гепатитов А-Е или токсическими факторами. Определенную роль в ряде случаев отыграло повреждение печени аутоиммунными процессами, суррогатами алкоголя, продолжительным употреблением различных, как кажется, "безопасных" для печени медикаментов. Нужно, однако, учитывать, что у этой группы больных, кажется, возникают самые большие трудности при проведении дифференциальной диагностики, тем более что далеко не всегда есть возможность провести так необходимые токсикологические, иммунологические исследования и, в конце концов, и пункционную биопсию.

Явным нежеланием вдаваться в подробности анамнеза можно объяснить появление в стационаре больных с синдромом Жильбера, лекарственной болезнью. Чуть более тщательное обследование позволило бы поставить диагноз на уровне поликлиники.

К диагностически сложным случаям можно отнести случаи, когда был диагностирован сифилис.

Таким образом качественная помощь больным ВГ возможна при слаженной работе всех звеньев здравоохранения: как догоспитальных, так и стационарных. Это возможно только при сохранении постоянной связи между врачами этих звеньев, что сможет обеспечить слаженность процесса диагностики, исключения дублирования исследований и проведения ненужных.

Значительное количество ошибок при диагностике острых ВГ допускается из-за из-за элементарной неграмотности врачей или недооценки имеющих клинических признаков. Врач, к которому впервые обращается пациент, должен помнить, что диагноз никогда не базируется лишь на одном симптоме (в нашем случае — различной степени желтуха), а всегда есть комплекс симптомов, которые составляют типичный синдром. Целесообразно для уменьшения процента таких ошибок ввести в практику работы врачей поликлиники обследование больного с подозрением на острый ВГ на количество лейкоцитов в крови, активность АлАТ кинетическим методом, а там, где нет условий для проведения этой методики, провести определения АлАТ в разведенной сыворотке крови с помощью колориметрического метода. Необходимо решить вопрос об оснащении поликлиник оборудованием для обследования ультразвуком органов брюшной полости в неясных случаях, при подозрении на обтурацию. Значительную роль в устранении диагностических ошибок сыграет, на наш взгляд, введение в практику обязательной консультации пациентов, подозрительных на наличие острых ВГ, врачом — инфекционистом кабинета инфекционных заболеваний. Все это значительно уменьшит затраты, которые связанные с транспортированием, повторными обследованиями в больницы, занятием койки и иными весомыми для бюджета составными частями медицинской деятельности.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема. // Рос. мед. журнал. - 1996. - №4. - с.5-10
2. Совершенствование диагностики механической желтухи в инфекционных стационарах. - Карева Л.Я. с соавт. / Диагностика и лечение основных инфекционных заболеваний в современных условиях. - Минск. - 1990. - с.22-24
3. Fagan E.A. Hepatitis A to G and beyond. // Br. J. of Hosp. Med. - 1992. - 47. - 2. - p.127-131

УДК 616.36-002-036.11-07:578.8

Шкурба А.В.

Аналіз якості догоспітальної діагностики гострих вірусних гепатитів

У роботі проаналізовані аспекти догоспітальної діагностики гострих вірусних гепатитів, найбільш поширені помилки, що допускаються при цьому. Висловлено думку, що якість діагностики залежить від злагодженої роботи різних ланок охорони здоров'я. Визначено напрямки ліквідації помилок на догоспітальному рівні.

UDK 616.36-002-036.11-07:578.8

Shkurba A.V.

The analysis of quality to nonhospital diagnostics of acute viral hepatitis.

In work the aspects of nonhospital diagnostics of acute viral hepatitis, most widespread mistakes are analysed which are supposed thus. The opinion is stated, that the quality of diagnostics depends on harmonious work of various parts of public health services. The directions of liquidation of mistakes on nonhospital level are determined.