

The background is a light blue gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across the surface. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

ПОДПЕЧЕНОЧНЫ Й ХОЛЕСТАЗ

- **ПОДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА (МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА, ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ХОЛЕСТАЗ)** ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ВЫВЕДЕНИЯ ЖЕЛЧИ ИЗ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ПРОСВЕТ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО ЗАКУПОРКОЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ЖЕЛЧНЫМИ КАМНЯМИ, ГЕЛЬМИНТАМИ, СДАВЛЕНИЕМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ИЗВНЕ ОПУХОЛЬЮ (ГОЛОВКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, БОЛЬШОЙ СОСОЧЕК ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОБЩИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК, ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ), ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ НАБУХАНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ (НЕГНОЙНЫЙ, СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ, ГНОЙНЫЙ ХОЛАНГИТ), СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ДР. НАРУШЕНИЕ ОТТОКА ЖЕЛЧИ ПРИВОДИТ К ЕЕ ЗАСТОЮ, ПОВЫШЕНИЮ ДАВЛЕНИЯ В ЖЕЛЧНЫХ КАПИЛЛЯРАХ, ИХ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЮ, ПОВЫШЕНИЮ ПРОНИЦАЕМОСТИ СТЕНОК И РАЗРЫВУ, ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ПОСТУПЛЕНИЮ ЖЕЛЧИ КАК НЕПОСРЕДСТВЕННО В КРОВЬ, ТАК И ЧЕРЕЗ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ПУТИ. ПОЯВЛЕНИЕ ЖЕЛЧИ В КРОВИ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ХОЛЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА, А ПРИ ПОЛНОЙ ОБТУРАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПРЕКРАЩЕНИИ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШКИ — АХОЛИИ КАЛА.

• ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

ХОЛЕСТАЗА — ЖЕЛТУХА И КОЖНЫЙ ЗУД. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ В ВИДУ, ЧТО ДЛЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО СРАВНИТЕЛЬНО РАННЕЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЗУДА, ОБЫЧНО ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЕ ДРУГИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЯ, МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ТУПАЯ, ТЯНУЩАЯ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПЕЧЕНИ. ВЫЯВЛЯЮТ ГЕПАТОМЕГАЛИЮ И ИНОГДА СПЛЕНОМЕГАЛИЮ. ДЛЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ НА ФОНЕ ХОЛЕЛИТИАЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ИНТЕНСИВНОЙ, СПАСТИЧЕСКОЙ БОЛИ. ЗУД ПОЯВЛЯЕТСЯ ПОЗДНЕЕ. КРОМЕ ТОГО, ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ КОЛИКА ОБЫЧНО ОТМЕЧАЕТСЯ НЕ ВПЕРВЫЕ, МОЖЕТ ПОВЫШАТЬСЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА.

- СДАВЛЕНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ОПУХОЛЬЮ ОБЫЧНО СОПРЯЖЕНО С ТАКИМИ ПРИЗНАКАМИ, КАК СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА И ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА ПЕРЕД РАЗВИТИЕМ ЖЕЛТУХИ, НАЛИЧИЕ СИМПТОМА КУРВУАЗЬЕ, ПОВЫШЕНИЕ СОЭ, АНЕМИЯ. ПОЯВЛЕНИЕ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ ВЫЗЫВАЕТ НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ СЕРДЦА, СОСУДОВ И ЦНС. ТАК, ПОДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА СОПРОВОЖДАЕТСЯ БРАДИКАРДИЕЙ И ПОНИЖЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕФЛЕКТОРНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ПОВЫШЕНИЯ ТОНУСА БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА ПОД ВЛИЯНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ. ПОСЛЕДНИЕ МОГУТ ТАКЖЕ ОКАЗЫВАТЬ ПРЯМОЕ ТОРМОЗЯЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НА СИНУСНО-ПРЕДСЕРДНЫЙ УЗЕЛ СЕРДЦА, ПОТЕНЦИРУЯ БРАДИКАРДИЮ. ХОЛЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ АКТИВНОСТИ ТОРМОЗНЫХ НЕЙРОНОВ КОРЫ БОЛЬШОГО МОЗГА, ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ПОВЫШЕННОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТИ И ВОЗБУДИМОСТИ. ВСЛЕДСТВИЕ УГНЕТЕНИЯ ДРУГИХ ЦЕНТРОВ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА ВОЗНИКАЮТ ДЕПРЕССИЯ, НАРУШЕНИЕ СУТОЧНОГО РИТМА СНА И БОДРСТВОВАНИЯ (СОНЛИВОСТЬ ДНЕМ И БЕССОННИЦА НОЧЬЮ), БЫСТРАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СНИЖЕНИЕ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ. НАРУШЕНИЕ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШКИ ПРИВОДИТ К РАССТРОЙСТВАМ ПИЩЕВАРЕНИЯ. ПРИ ЭТОМ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НАРУШАЕТСЯ УСВОЕНИЕ ЖИРОВ И ПОЯВЛЯЕТСЯ СТЕАТОРЕЯ, ТАК КАК ПРИ ОТСУТСТВИИ КОМПОНЕНТОВ ЖЕЛЧИ СТРАДАЮТ ПРОЦЕССЫ ЭМУЛЬГИРОВАНИЯ ЖИРОВ, АКТИВИРОВАНИЯ ЛИПАЗЫ, А ТАКЖЕ НЕ ОБРАЗУЮТСЯ РАСТВОРИМЫЕ КОМПЛЕКСЫ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ С ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ. НАРУШЕНИЕ УСВОЕНИЯ ЖИРОВ ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ ПОНИЖЕНИЕ ВСАСЫВАНИЯ ЖИРОРАСТВОРИМЫХ ВИТАМИНОВ (РЕТИНОЛА, КАЛЬЦИФЕРОЛА, ТОКОФЕРОЛА, ВИТАМИНА К) С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ГИПОВИТАМИНОЗОВ (ГЕМЕРАЛОПИЯ, ГИПЕРКЕРАТОЗЫ, ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ДР.).

- ВАЖНЫМИ ИНДИКАТОРАМИ ПОДПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ ОБЩИЙ И ОСОБЕННО КОНЬЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН СЫВОРОТКИ КРОВИ. ПРИ ОСТРОЙ БЛОКАДЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ОБА ЭТИ ПОКАЗАТЕЛЯ СУЩЕСТВЕННО ПОВЫШАЮТСЯ. КРОМЕ ТОГО, БИЛИРУБИН (ПРЯМОЙ) ПОЯВЛЯЕТСЯ В МОЧЕ, ОБУСЛОВЛИВАЯ ЕЕ ТЕМНОЕ ОКРАШИВАНИЕ. СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ В ВИДУ, ЧТО ПРИ ПОЛНОЙ ЗАКУПОРКЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ УРОБИЛИНОГЕН В МОЧЕ ОТСУТСТВУЕТ, В ТО ВРЕМЯ КАК ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ СОДЕРЖАНИЕ ЕГО ПОВЫШЕНО. СОК ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ СОДЕРЖИТ ЖЕЛЧИ. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШКИ КАЛ БОЛЬНОГО АХОЛИЧЕН, НЕ СОДЕРЖИТ СТЕРКОБИЛИНОГЕНА.
- ДЛЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА (ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО И ПОДПЕЧЕНОЧНОГО) ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ РЯДА ФЕРМЕНТОВ: ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ (ЩФ), Г-ГЛУТАМИЛТРАНСФЕРАЗЫ (ГГТ), ЛЕЙЦИНАМИНОПЕПТИДАЗЫ (ЛАП), 5-НУКЛЕОТИДАЗЫ. ВЫЯВЛЯЮТ ПРЯМУЮ КОРРЕЛЯЦИЮ МЕЖДУ ТЯЖЕСТЬЮ ХОЛЕСТАЗА И АКТИВНОСТЬЮ ЩФ И ГГТ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ В ВИДУ, ЧТО ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ОБСТРУКЦИИ АКТИВНОСТЬ ЩФ ПОВЫШАЕТСЯ В 10 РАЗ И БОЛЕЕ, В ТО ВРЕМЯ КАК ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ ОБЫЧНО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ АКТИВНОСТИ ЩФ В 2—3 РАЗА. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХОЛЕСТАЗА ОТНОСЯТ ТАКЖЕ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА. ВСЛЕДСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СИНТЕЗА И ЭКСКРЕЦИИ ХОЛЕСТЕРИНА НАСТУПАЕТ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ, ПОВЫШАЕТСЯ КОЭФФИЦИЕНТ ХОЛЕСТЕРИН/ФОСФОЛИПИДЫ. КЛИНИЧЕСКИМ ОТРАЖЕНИЕМ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ХОЛЕСТАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО ОТЛОЖЕНИЕ В ПОДКОЖНОЙ ОСНОВЕ, ОСОБЕННО НА ВЕКАХ (КСАНТОМЫ, КСАНТЕЛАЗМЫ). ХОЛЕСТАЗ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ПОВЫШЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ В -ЛИПОПРОТЕИНОВ (ЛП) И СНИЖЕНИЕМ А-ЛИПОПРОТЕИНОВ. ОПИСАН ОСОБЫЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЛИПОПРОТЕИН—ЛП-Х, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ХОЛЕСТАЗА. ЛП-Х ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКСОМ Р-ЛП С ФРАГМЕНТОМ ПЛАЗМАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ, КОТОРЫЙ ВОЗНИКАЕТ В УСЛОВИЯХ ДЕТЕРГЕНТНОГО ДЕЙСТВИЯ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ. ЛП-Х ПОЯВЛЯЕТСЯ НА 8— 12-Й ДЕНЬ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИСЧЕЗАЕТ ИЗ КРОВИ БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 10— 15 ДНЕЙ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ХОЛЕСТАЗА. У БОЛЬНЫХ БЕЗ ЖЕЛТУХИ ЭТОТ ЛИПОПРОТЕИН НЕ ВЫЯВЛЯЮТ.

- ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ НАБЛЮДАЮТ ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, В ОСНОВНОМ ЗА СЧЕТ НАСЫЩЕННЫХ, ПРИ НЕКОТОРОМ ПОНИЖЕНИИ НЕНАСЫЩЕННЫХ (ЛИНОЛЕВАЯ, ЛИНОЛЕНОВАЯ, АРАХИДОНОВАЯ), УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В СОСТАВЕ ТРИГЛИЦЕРИДОВ.

- *МЕХАНИЗМ НАРУШЕНИЯ ЖИРОВОГО ОБМЕНА ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ* ОБЪЯСНЯЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ. ПРИ БЛОКАДЕ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШКИ ИЗМЕНЯЕТСЯ ЭНТЕРОГЕПАТИЧЕСКАЯ ЦИРКУЛЯЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ, ПОСТУПАЮЩИХ ИЗ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В ПЕЧЕНЬ. НАСТУПАЮЩЕЕ ПРИ ЭТОМ СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ВТОРИЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ, КОТОРЫЙ ВСЛЕДСТВИЕ ИНДУКЦИИ ФЕРМЕНТОВ СТИМУЛИРУЕТ АКТИВАЦИЮ СИНТЕЗА ПЕЧЕНЬЮ ХОЛЕСТЕРИНА, ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ И МЕМБРАНОЗАВИСИМЫХ ФЕРМЕНТОВ (ЩФ, ГГТ, 5-НУКЛЕОТИДАЗА И ДР.). ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ТАКЖЕ ЗАТРУДНЕНИЕ ПОСТУПЛЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА В ЖЕЛЧНЫЕ КАПИЛЛЯРЫ В СВЯЗИ С ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, НАРУШЕНИЕ МИЦЕЛЛООБРАЗОВАНИЯ, СИНТЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИПОПРОТЕИНОВ, ИЗМЕНЕННАЯ АКТИВНОСТЬ ЛИПОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ, А ТАКЖЕ НАРУШЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В СОСТАВЕ СЫВОРОТОЧНЫХ ЛИПИДОВ. ВСЛЕДСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СИНТЕЗА, КОНЬЮГАЦИИ, ЗАХВАТА, ТРАНСПОРТА В ГЕПАТОЦИТ И ЭКСКРЕЦИИ ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ ПОВЫШАЮТСЯ УРОВНИ В КРОВИ ГЛИКОХОЛЕВОЙ, ДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ И ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТ.

- ОПРЕДЕЛЕННУЮ ИНФОРМАЦИЮ МОЖЕТ ДАТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ПРОТРОМБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ. ГИПОПРОТРОМБИНЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ ЛИБО СВЯЗАНА С ТЕМ, ЧТО В РЕЗУЛЬТАТЕ БЛОКАДЫ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШКИ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ ПОНИЖАЕТСЯ ВСАСЫВАНИЕ ЖИРОВ И РАСТВОРЯЮЩИХСЯ В НИХ ВИТАМИНОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВИТАМИНА К, НЕОБХОДИМОГО ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ ПРОТРОМБИНА. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЭТИ СОСТОЯНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОБА КОЛЛЕРА. ТАК, В ОТВЕТ НА ВВЕДЕНИЕ ВИТАМИНА К ОТЧЕТЛИВО ПОВЫШАЕТСЯ ПРОТРОМБИН ПО КВИКУ, А ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ СУЩЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ НАСТУПАЕТ.

- *В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО И ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РЯД ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ВЫЯВИТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЮ И ПРИЧИНУ ОБТУРАЦИИ. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ, ЧРЕСКОЖНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ. ОДНАКО ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ИМЕЮТ ТАКЖЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЯ С ПРИЦЕЛЬНОЙ БИОПСИЕЙ, УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ, ДИНАМИЧЕСКАЯ СЦИНТИГРАФИЯ И ДУОДЕНОСКОПИЯ (ОСМОТР БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ).*