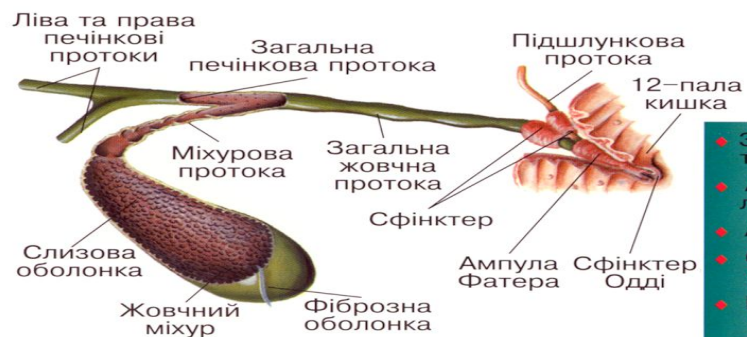
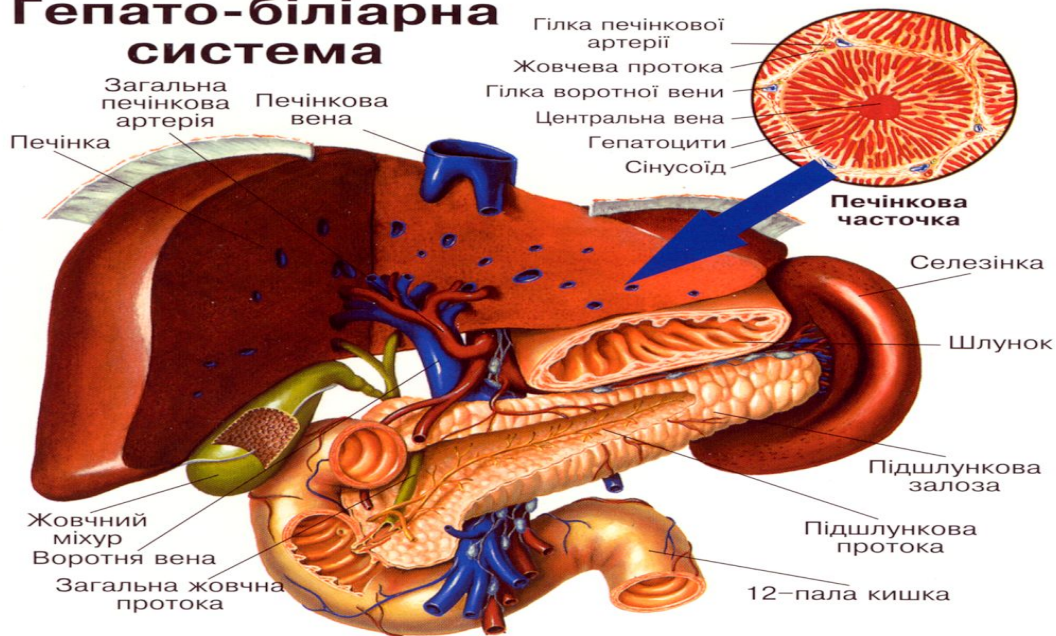


Дифференціальна діагностика желтух

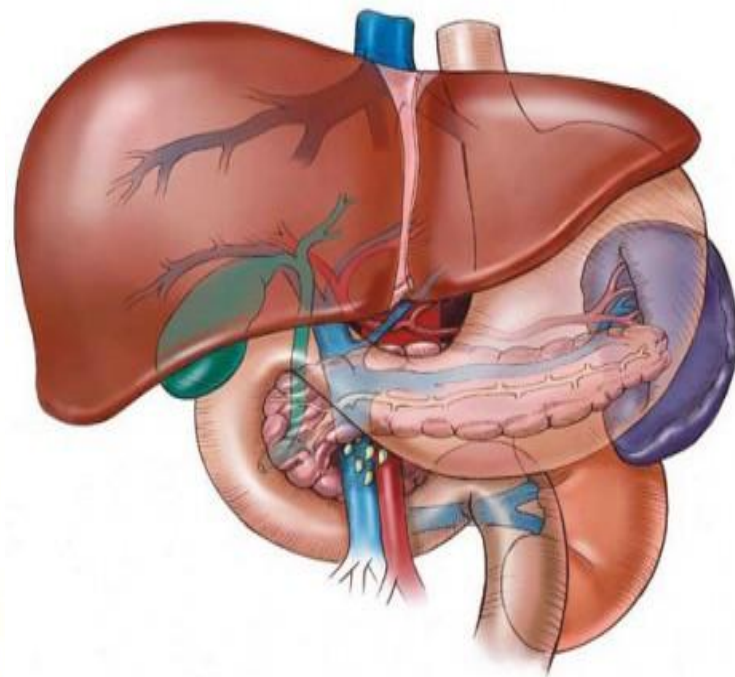
Гепато-біліарна система



ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Загальний аналіз крові та сечі
- АЛТ, АСТ, ГГТП, білірубін, лужна фосфатаза
- Альбумін, білкові фракції
- Онкомаркери: CA19-9, PEA, АФП
- Наявність АТ та АГ гепатитів А, В, С
- Визначення АГ лямблій в калі

Выполнила студентка 6 курса
Лечебно-профилактического
факультета 4 Б группы
Минасян София Артуровна



Определение

- Желтуха – это желтая пигментация кожи и склер, связанная с отложением в них билирубина в связи с повышением его уровня в крови. Для желтухи обязательным является именно окрашивание склер, которое отличает ее от окрашивания кожи, которое обусловлено другими причинами (например, каротинемия).



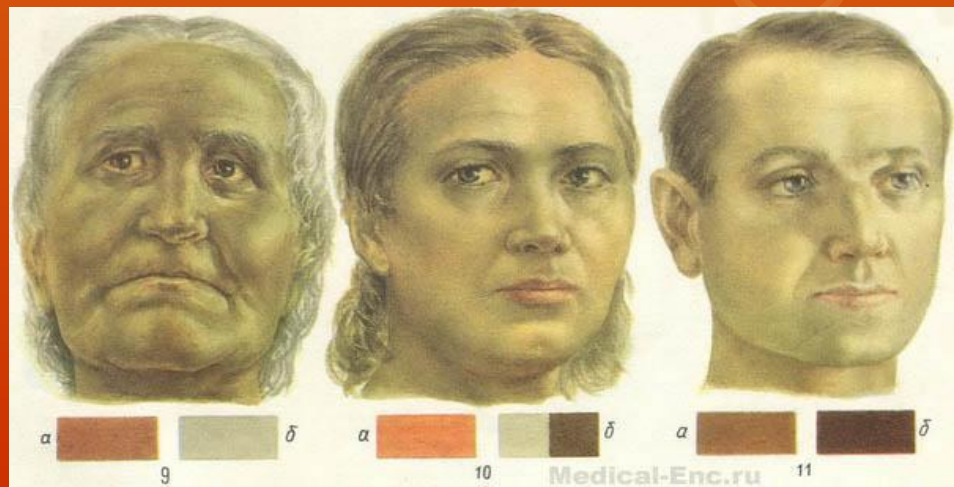
Актуальность

- Желтуха, как один из ведущих симптомов, встречается при таких заболеваниях как вирусные гепатиты, сепсис, лептоспироз, тифопаратифозные заболевания, желчекаменная болезнь, новообразования, холецистопанкреатит, язва двенадцатиперстной кишки, первичный склерозирующий холангит, хронические гепатиты и циррозы различной этиологии, коллагенозы, болезни крови – множество нозологических форм, при которых этот внешне демонстративный признак замаскировывает истинный диагноз заболевания.
- Дифференциальная диагностика желтух, проводимая в этиологическом аспекте, является сложной задачей, успешное решение которой требует совместное усилие интернистов, хирургов, работников лабораторий.

Классификация

Нарушение обмена билирубина возможно на разных стадиях. Существуют разные классификации желтух, некоторые из них на данное время имеют чисто историческое значение. Наиболее пользуются классификацией, которая учитывает место нарушения обмена билирубина. Согласно ей традиционно различают 3 вида желтух:

1. Надпеченочная
2. Печеночная
3. Холестатическая



Надпеченочная желтуха

▣ **Надпеченочная** — обусловлена нарушениями, которые возникают в клетках печени за счет повышенного образования билирубина, нарушение его транспорта к печени. Она не является синонимом гемолитической, так как последняя является составной частью надпеченочной желтухи



Причины развития надпеченочной желтухи

□ 1. Гемолиз с медленным разворачиванием процесса:

- 1.1. Врожденная сфероцитарная гемолитическая анемия;
- 1.2. Врожденная несфероцитарная гемолитическая анемия.

□ 2. Гемолиз с быстрым разворачиванием процесса:

□ 2.1. Инфекционного генеза:

- - малярия;
- - бабезиоз;
- - бартонеллез.

□ 2.2 Неинфекционного генеза:

- - приобретенная (аутоиммунная) анемия;
- - пароксизмальная ночная гемоглобинурия;
- - инфаркт тканей или кровоизлияние в них;
- - переливание несовместимой крови.

□ 3. Неэффективность эритропоэза:

- 3.1. Серповидно-клеточная анемия;
- 3.2. Талассемия.

□ 4. Нарушение транспорта непрямого билирубина.

- 4.1 Желтуха новорожденных.

Характеристика заболеваний, которые протекают с надпеченочной желтухой.

- Для всех этих заболеваний характерным является гипербилирубинемия с преобладанием не прямой фракции билирубина при нормальных или незначительно измененных показателях аминотрансфераз (АЛТ и АСТ), тимоловой пробы.
- **Повышенный гемолиз** независимо от причины всегда приводит к характерной клинической триаде: анемии, желтухи и спленомегалии. Обычно оттенок желтухи – лимонно-желтый. В периферической крови повышенный уровень ретикулоцитов, что указывает на повышенную активность костного мозга. В моче определяется повышенное количество уробилина, но билирубин не выявляется.

Характеристика заболеваний с медленным развитием гемолиза:

1. Врожденная сфероцитарная гемолитическая анемия.

- **Клиника:** Начинается в детстве: гемолитические кризы, после которых появляется лихорадка, боль в правом подреберье, острое увеличение селезенки. Кризы частые, нарастает желтуха, образуются пигментные камни в желчном пузыре. Возможные приступы желчной колики, трофические язвы на голенях, астения, деменция.
- **Лабораторные показатели:** Анемия, иногда значительная. Эритроциты имеют сферическую форму и малый размер. Снижена их осмотическая резистентность. Антитела к эритроцитам отсутствуют. Ретикулоцитоз умеренный.

2. Врожденная несфероцитарная гемолитическая анемия бывает 2 разновидностей:

- - у лиц со сниженной активностью ферментов гексозного цикла.
- Клиника: Начинаются в подростковом периоде: гемолитические кризы, которые провоцируются или инфекционной болезнью, или приемом некоторых медикаментов. Криз сопровождается лихорадкой, болью в пояснице, желтухой, спленомегалией. В тяжелых случаях желтуха становится постоянной.
- Лабораторные показатели: Анемия без морфологических изменений эритроцитов. Ретикулоцитоз умеренный.
- - у лиц со сниженной активностью ферментов пентозофосфатного цикла.
- Клиника: Начинается в детстве, протекает с постоянной желтухой и значительной спленомегалией.
- Лабораторно: Анемия с преимущественным наличием макроэритроцитов и значительным ретикулоцитозом.
-

Характеристика инфекционных заболеваний с быстрым развитием гемолиза

1. Малярия.

Клиника: лихорадочные пароксизмы с периодами озноба, жара и потливости, гепатоспленомегалия, длительное течение болезни.

- **Лабораторные показатели:** анемия, лейкопения, повышенное СОЭ. В эритроцитах выявляются малярийные паразиты. Иногда эритроциты имеют морфологические изменения. Ретокулоцитоз умеренный.

2. Бабезиоз.

Клиника: клинически подобный малярии, но явные признаки заболевания бывают у лиц с иммунодефицитом и перенесшим спленектомию.

- **Лабораторные показатели:** анемия, лейкопения, лимфопения, повышенное СОЭ. В эритроцитах выявляются бабезии. Ретикулоцитоз умеренный.

3. Бартонеллез.

- Клиника: тяжелое течение с развитием выраженной интоксикации, лихорадки, бессонницы, значительной желтухи. Иногда течение с наличием характерных папулезных высыпаний на лице и конечностях, незначительной лихорадкой и желтухой.
- Лабораторные показатели: выраженная нормохромная анемия с преобладанием мегалоэритроцитов и значительным ретикулоцитозом. Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево



Характеристика неинфекционных болезней с быстрым развитием гемолиза

1. Приобретенная (аутоиммунная) анемия.

- Клиника: Имеет острое, но иногда и хроническое течение. Часто она является проявлением другого тяжелого заболевания. характеризуется или появлением гемолитических кризов, или постоянным умеренным гемолизом.
- Лабораторные показатели: анемия, повышение СОЭ. Ретикулоцитоз изменчивый. Положительная проба Кумбса. Выявляются антитела к эритроцитам.

2. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (болезнь Маркиафава-Микеле).

- **Клиника:** в ночное время появляется боль в животе, тромбозы мелких вен, утром отмечается потемнение мочи и желтуха. По мере увеличения количества пароксизмов появляется спленомегалия.
- **Лабораторные показатели:** анемия, незначительный ретикулоцитоз после криза. Эритроциты морфологически не изменены. В моче определяется гемоглобин.

3. Инфаркты тканей или кровоизлияния в них.

- Клиника: вследствие инфарктов или кровоизлияний происходит усиленный внесосудистый гемолиз, обычно сопровождающийся желтухой, гипотензией и гипоксемией.
- Лабораторные показатели: анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ. Ретикулоцитоз умеренный.

4. Переливание несовместимой крови.

- Клиника: непосредственно во время или после переливания появляются признаки интоксикации, возможны проявления, подобные шоку. Быстро нарастают признаки анемии и желтуха.
- Лабораторные показатели: выраженная анемия с преимущественным и значительным ретикулоцитозом. Лейкоцитоз со сдвигом влево.

Характеристика заболеваний, при которых возникает надпеченочная желтуха из-за неэффективности эритропоэза

1. Серповидно-клеточная анемия.

- **Клиника:** наследственное заболевание, начинается в раннем детстве с боли в суставах, тромбозов мелких сосудов, трофических язв голеней. После кризов в условиях гипоксии выявляется желтуха и спленомегалия.
- **Лабораторные показатели:** анемия, повышение СОЭ. Эритроциты имеют характерную форму. Снижена скорость образования сгустков крови.

2. Талассемия.

- Клиника: наследственное заболевание, которое может протекать с разной степенью тяжести. Тяжелые формы заканчиваются летально на первом году жизни. Легкие формы протекают с незначительной астенизацией и желтухой.
- Лабораторные показатели: гипохромная анемия различной степени с характерной мишеневидной формой эритроцитов. Повышена их осмотическая резистентность. Выявляется больше 4% фетального гемоглобина

□ **Неэффективность транспорта непрямого билирубина** и связанная с этим сниженная доставка и утилизация билирубина возникает при желтухе новорожденных. Адаптация ребенка к новым условиям существования еще не произошла, продолжается формирование системы альбуминов, которые транспортируют к печени непрямого билирубин, «тренировка» системы конъюгации в гепатоцитах. Поэтому на протяжении 1-й недели жизни наблюдается обычно легкая анемия и желтуха. Иногда у новорожденных может развиваться фатальная желтуха, которая связана с резус- или другими конфликтами на фоне недостаточного развития системы транспортных белков, что приводит к быстрому переходу большого количества непрямого билирубина в ЦНС с развитием тяжелой энцефалопатии. В этой ситуации выявляют признаки антигенной несовместимости матери и плода.

Печеночная желтуха

□ **Печеночная** – связанная с поражением захвата, конъюгации и транспорта билирубина, которое возникает на уровне клеток печени. Она не является синонимом паренхиматозной, последняя входит в состав печеночных желтух.



Причины развития печеночной желтухи

□ *Генетически обусловленная недостаточность ферментов:*

- - синдром Жильбер -Мейленграхта;
- - синдром Криглер -Найяра;
- - синдром Дабин -Джонсона;
- - синдром Ротора.

□ *2. Воспалительный или неизвестный по происхождению процесс в паренхиме печени:*

- 2.1. Инфекционные (острые вирусные гепатиты, иерсиниоз и псевдотуберкулез, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусный гепатит, герпетический гепатит, энтеровирусная инфекция, желтая лихорадка, лихорадка Ку, возвратный тиф, болезнь Лайма, стронгилоидоз, токсокароз, сепсис, бактериальная пневмония, сифилис).

□ 2.2. Неинфекционные, которые развиваются остро:

- - острые токсические (в том числе медикаментозные) гепатиты;
- - острый алкогольный гепатит;
- - острый жировой гепатоз беременных;
- - HELLP-синдром.

□ 2.3. Болезни, которые развиваются медленно:

- - хронические гепатиты (аутоиммунные, токсические, вирусные);
- - алкогольная болезнь печени;
- - цирроз печени.

□ 2.4. Хирургические:

- - абсцесс печени, в том числе и амебный;
- - первичный рак печени.

Характеристика заболеваний, которые протекают с печеночной желтухой.

- В основе генетически обусловленных причин печеночной желтухи лежат наследственно переданные нарушения в печеночной клетке, которые приводят к изменению функции гепатоцита по отношению к билирубину.

Характеристика заболеваний с генетической недостаточностью ферментов гепатоцита

1. Синдром Жильбера.

- **Клиника:** возникает нередко в подростковом возрасте или после перенесенного вирусного гепатита, хотя может быть и с раннего детства. Умеренная желтуха и астенизация, которые усиливаются при тяжелых физических и умственных нагрузках, интеркуррентных инфекциях. Гепатоспленомегалии нету.
- **Лабораторные показатели:** Гипербилирубинемия с преобладанием непрямой фракции без повышения АЛТ, АСТ, тимоловой пробы и ЩФ. При пункционной биопсии патоморфологических изменений нет. Анемии и ретикулоцитоза не бывает.

2. Синдром Криглер-Найяра.

- Клиника: уровень желтухи связанный со степенью генетического дефекта. Тяжелая степень приводит к значительной желтухе, быстрому развитию энцефалопатии и смерти больного в раннем детстве, в легких случаях билирубин частично выводится с желчью, меньшие признаки интоксикации и желтухи.
- Лабораторные показатели: гипербилирубинемия с преобладанием непрямой фракции, в тяжелых случаях совсем не определяется прямая фракция, стеркобилин в кале и уробилин в моче. Анемии и ретикулоцитоза не бывает.

3. Синдром Дабин-Джонсона.

- Клиника: появление желтухи в период полового созревания вместе со слабостью, болью в правом подреберье, постепенным увеличением печени и селезенки.
- Лабораторные показатели: гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции при нормальной активности АЛТ, АСТ, тимоловой пробы и ЩФ.

4. Синдром Ротора.

- Клиника: клинические проявления такие же как и при предыдущем синдроме.
- Лабораторные показатели: гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции. Прямой билирубин представленный в основном моноглюкуронидом. Нормальная активность АЛТ, АСТ, тимоловой пробы и ЩФ.

Характеристика инфекционных заболеваний, которые часто сопровождаются печеночной желтухой

1. Острые вирусные гепатиты А-С.

- **Клиника:** в начале болезни есть диспепсические, астеновегетативные проявления, имеет место различной продолжительности преджелтушный период. Постепенное начало желтухи, потемнение мочи, обесцвечивание кала, увеличение размеров печени и селезенки. Длительность желтухи зависит от вида гепатита, состояния макроорганизма, и т.д.
- **Лабораторные показатели:** гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции с повышением АЛТ в 25-50 раз, АСТ в меньшей мере, тимоловой пробы (в зависимости от вида гепатита) и ЩФ в 1,5-2 раза. Нормоцитоз или лейкопения, лимфоцитоз. СОЭ в норме.

2. Иерсиниоз и псевдотуберкулез.

- Клиника: острое начало болезни с наличием лихорадки, боли в животе, иногда диареи, артралгий, преимущественно пятнисто-папулезной сыпи со сгущением вокруг суставов, гепатолиенальным синдромом. Желтуха изменчива, незначительная.
- Лабораторные показатели: незначительная гипербилирубинемия (обычно не более 100 мкмоль/л) с преобладанием прямой фракции. Повышение активности АЛТ и АСТ незначительное. В общем анализе крови лейкоцитоз с незначительным нейтрофилезом, умеренная эозинофилия. Умеренное повышение СОЭ.

3. Инфекционный мононуклеоз.

- Клиника: незначительная интоксикация, умеренная лихорадка, проявления продуктивного тонзиллита, гепатоспленомегалия, генерализованная лимфаденопатия, иногда незначительная и непродолжительная желтуха. Иногда возможно течение, которое напоминает вирусные гепатиты без внепеченочных проявлений.
- Лабораторные показатели: незначительная гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции, незначительное повышение активности АЛТ и АСТ, тимоловая проба без изменений. Значительно повышена ЩФ. Лейкоцитоз, лимфоцитоз, нейтропения, повышено количество атипичных мононуклеаров.

4. Цитомегаловирусный гепатит.

- Клиника: легкость течения желтухи при минимальных проявлениях интоксикации и увеличении печени.
- Лабораторные показатели: незначительная гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции и повышение активности АЛТ и АСТ. Лейкопения с лимфоцитозом.

5. Герпетический гепатит.

- Клиника: преимущественно возникает у новорожденных, имеет место желтуха, незначительное увеличение печени. Возможны рассеянные высыпания везикулезного характера. Иногда происходит генерализация герпеса и тяжелое течение болезни.
- Лабораторные показатели: аналогичные предыдущему заболеванию.

6. Энтеровирусные инфекции.

- Клиника: преимущественно у новорожденных или у лиц с выраженным иммунодефицитом, возможно развитие генерализованных форм с проявлениями в виде гепатита, тяжелые поражения мозга, сердца, надпочечников и др.
- Лабораторно: гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции, умеренное повышение активности АЛТ и АСТ. Значительная лейкопения с лимфоцитозом.

7. Желтая лихорадка.

- Клиника: После 3-4 дневного периода высокой лихорадки значительной интоксикации с признаками геморрагического синдрома улучшение состояния длительностью до суток, после чего опять появляется лихорадка, интоксикация, выраженная желтуха, кровоизлияния в кожу и различные органы, признаки почечной недостаточности.
- Лабораторно: Гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции, повышение активности аминотрансфераз с преобладанием АСТ. Лейкопения, иногда лейкоцитоз, нейтрофилез, тромбоцитопения.

8. Ку-лихорадка.

- Клиника: желтуха нарастает вместе с лихорадкой и незначительными признаками интоксикации, гепатоспленомегалия.
- Лаборпоказатели: торные незначительная гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции при незначительном повышении активности АЛТ и АСТ, без изменений тимоловой пробы и ЩФ. Нормоцитоз или лейкопения с умеренным лимфоцитозом.

9. Возвратный тиф.

- Клиника: для заболевания характерным является различной длительности волны лихорадки, которые сопровождаются появлением желтухи у большинства больных наряду со значительной костно-мышечной болью и выраженной интоксикацией с преобладанием процессов торможения деятельности ЦНС. Между волнами лихорадки есть различной продолжительности периоды нормализации температуры и исчезновения основных симптомов.
- Лабораторно: гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции. Активность АЛТ и АСТ повышена умеренно без существенных изменений со стороны тимоловой пробы и ЩФ. Нормоцитоз, лимфоцитоз. Диагностика с помощью микроскопического выявления возбудителя в крови больного.

10. Болезнь Лайма.

- Клиника: желтуха вместе с гепатитом появляется только при тяжелом течении болезни или на фоне характерной кольцевидной эритемы на месте укуса клеща, или после ее исчезновения наряду с появлением поражения суставов, сердечной мышцы и нервной системы в виде менингоэнцефалита и полиневритов.
- Лабораторные показатели: обычно гипербилирубинемия и повышение активности АЛТ и АСТ незначительные. Тенденция к нормоцитозу и лимфоцитозу. Диагноз устанавливается при помощи выявления антител IgM в ИФА.

11. Стронгилоидоз.

- Клиника: при тяжелом течении инвазии возможно поражение паренхимы печени в виде очаговых некрозов с появлением умеренной гепатомегалии и желтухи на фоне характерной диареи.
- Лабораторные показатели: гипербилирубинемия и повышение активности сывороточных аминотрансфераз незначительные. Характерной чертой является значительный уровень эозинофилии. Диагноз подтверждается выявлением личинок гельминта в фекалиях.

12. Токсокароз.

- Клиника: заболевание манифестирует появлением лихорадки, пневмонии и гепатита с умеренной желтухой.
- Лабораторные показатели: умеренная гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции. Активность АЛТ и АСТ не высокая. Обычно присутствует умеренная эозинофилия. Диагноз подтверждается серологически.

13 Сепсис.

- Клиника: у некоторых больных на фоне высокой лихорадки, признаков инфекционно-токсического шока и как проявление синдрома полиорганной недостаточности возможна желтуха.
- Лабораторные показатели: гипербилирубинемия и активность сывороточных аминотрансфераз умеренная. Значительный лейкоцитоз, нейтрофилез, высокая СОЭ.

14. Бактериальная пневмония.

- Клиника: при тяжелом течении, особенно в случаях крупозной пневмонии, возможна умеренная желтуха на фоне незначительной гепатомегалии в связи с возникновением токсического по характеру гепатита.
- Лабораторные показатели: гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции при невысокой активности АЛТ и АСТ. Значительный лейкоцитоз, нейтрофилез.

15. Сифилис.

- Клиника: желтуха бывает при вторичном сифилисе в сочетании с характерной сыпью и другими проявлениями этого периода.
- Лабораторные показатели: гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции при низкой активности АЛТ и АСТ. Значительное повышение активности ЩФ.

Характеристика неинфекционных заболеваний, которые сопровождаются желтухой с быстрым развитием

1. Отравление с поражением печени.

- **Клиника:** развивается остро, иногда молниеносно, часто вместе с желтухой выявляется полиорганность поражений. Преимущество проявлений со стороны того или иного органа, порядок развития симптомов зависит от отравляющего фактора. В анамнезе довольно часто прослеживается четкая прямая связь с приемом (другим контактом) яда.
- **Лабораторные показатели:** гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции со значительным повышением активности АЛТ и АСТ. Изменения других показателей зависят от действия самого отравляющего фактора. Некоторые яды можно обнаружить только при помощи специальных исследований.

2. Острые токсические (в том числе и медикаментозные) гепатиты.

- **Клиника:** начало заболевания с короткого продрома, желтуха с нерезко выраженными диспепсическими проявлениями, незначительное увеличение печени. Иногда в начале болезни на фоне желтухи появляется зуд кожи, сыпь по типу крапивницы, артралгии, васкулиты.
- **Лабораторные показатели:** гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции. Повышение активности АЛТ и АСТ незначительное, ГГТП больше. В общем анализе крови нормоцитоз или лейкоцитоз с незначительным нейтрофилезом, возможна эозинофилия.

3. Острый алкогольный гепатит.

- **Клиника:** после значительной алкогольной нагрузки появляются выраженные диспепсические проявления, тошнота, рвота, боль в правом подреберье, желтуха, гепатоспленомегалия. Частой является лихорадка, возможно образование холестаза.
- **Лабораторные показатели:** гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции, незначительное повышение активности АЛТ и АСТ, повышение тимоловой пробы. Значительно повышается активность ЩФ и ГГПТ. Лейкоцитоз, нейтрофилез.

4. Острый жировой гепатоз беременных.

- **Клиника:** начинается молниеносно, с появления сильной головной боли, изжоги, боли в эпигастрии, рвоты «кофейной гущей» с примесью крови, повышенной возбудимостью, беспокойством, тахикардией. Быстро прогрессирует желтуха, сокращаются размеры печени, развивается ДВС-синдром, почечная недостаточность. Возможны значительные кровоизлияния. Полисерозит.
- **Лабораторные показатели:** гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции и незначительное повышение активности АЛТ и АСТ. Значительное повышение уровня мочевины, креатинина, остаточного азота. Изменения в коагулограмме, характерные для ДВС-синдрома. Лейкоцитоз, нейтрофилез, значительное повышение СОЭ.

5. HELLP-синдром.

- Клиника: начинается с головной боли, тошноты, рвоты, боли в правом подреберье. Незначительная артериальная гипертензия. Желтуха, признаки ДВС-синдрома.
- Лабораторные показатели: Гипербилирубинемия с преобладанием непрямой фракции, повышение активности АЛТ и АСТ не более чем в 20 раз. Умеренное повышение мочевины и креатинина. Изменения в коагулограмме аналогичны предыдущему заболеванию. Анемия, снижение уровня гематокрита.

Характеристика заболеваний, которые протекают медленно, с развитием печеночной желтухи

1. Алкогольная болезнь печени.

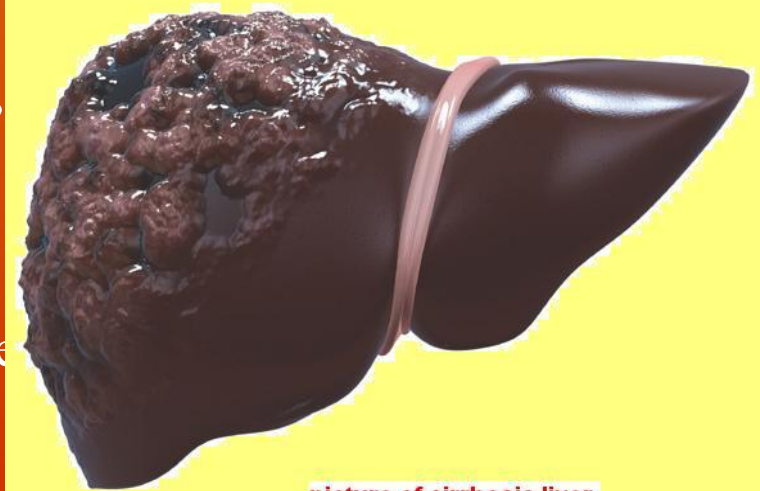
- **Клиника:** возникает на фоне хронического алкоголизма, характеризуется увеличением печени и признаками поражения поджелудочной железы. Желтуха возникает только при сопутствующих поражениях (токсических, вирусных) с умеренно выраженными диспепсическими проявлениями.
- **Лабораторные показатели:** в период желтухи гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции. Повышение активности АЛТ и АСТ незначительное. Значительное повышение активности ЩФ и ГГТП. Анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез.
- **Инструментальные данные:** при УЗИ выраженные признаки жирового гепатита — дистальное затухание ультразвука, размытая картина паренхимы.

2. Хронические гепатиты.

- Клиника: развиваются медленно, иногда как результат острого процесса, чаще всего первично-хронически. Характерна немотивированная слабость, утомляемость. Часто бывают носовые кровотечения. Постепенно нарастает гепатоспленомегалия, плотность этих органов. Иногда увеличивается больше левая доля печени, иногда происходит постепенное уменьшение печени. На поздних стадиях возможна желтуха, полиорганность поражений.
- Лабораторные показатели: изменчивы, в период ремиссии могут достаточно долго оставаться нормальными.
- Инструментальные данные: при УЗИ повышение эхогенности паренхимы печени и селезенки, расширения диаметра и утолщение стенки портальной вены, размытость паренхимы печени. Желчный пузырь не спадается. При ХВГС – увеличение лимфатических узлов в воротах печени.

3. Цирроз печени.

- **Клиника:** последняя стадия развития хронического гепатита. Все признаки, которые появились в период течения хронического гепатита, получают максимальное развитие. На первый план выступают признаки портальной гипертензии: асцит, варикоз вен, формирование сосудистых анастомозов. Желтуха нередко минимальная. При циррозе, вызванном HCV-инфекцией, спленомегалия и асцит могут появиться на поздних этапах развития. Нередко отсутствует связь между данными УЗИ и тяжестью цирротических изменений.
- **Лабораторные показатели:** гипербилирубинемия разной направленности фракций, незначительное повышение активности АЛТ и АСТ, ГГТП. Снижение уровня белка, альбуминов, факторов свертывания крови и т.д.
- **Инструментальные данные:** при УЗИ наличие узловатых теней разного размера, значительное повышение эхогенности паренхимы печени и селезенки, их размытость, асцит, стойкое расширение портальной вены, ригидность и утолщение ее стенок, появление анастомозов, сдавление печеночных вен.

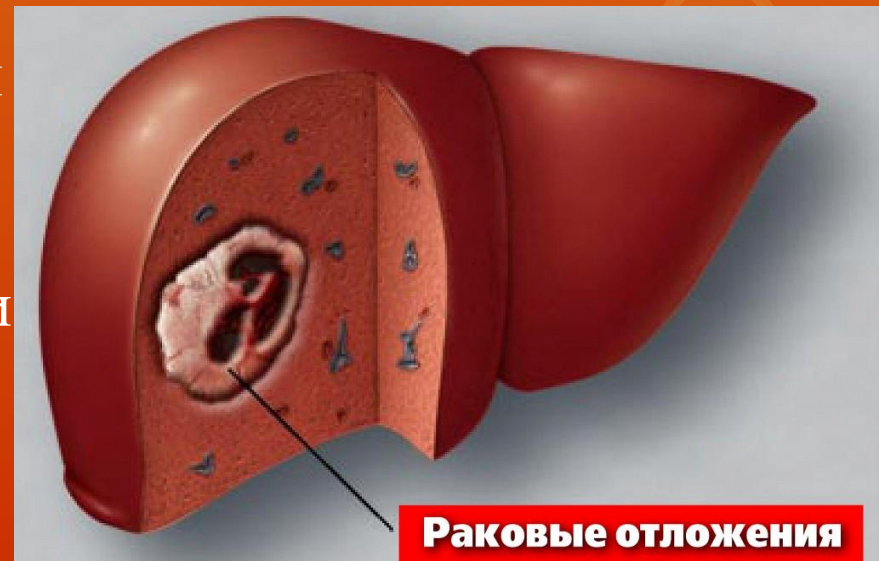


picture of cirrhosis liver

Характеристика заболеваний с развитием печеночной желтухи, которые требуют хирургической помощи

1. Первичный рак печени.

- Клиника: клиническая картина зависит от места локализации опухоли, ее распространения в печени. Частым является похудение больного, снижение аппетита, болевые проявления со стороны органа.
- Лабораторные показатели: уровень гипербилирубинемии, активности сывороточных aminотрансфераз, ЩФ, тимоловой пробы определяется также местом расположения и распространения рака в печени. Тенденция к анемии, лейкоцитозу, нейтрофилезу, повышению СОЭ.



2. Абсцесс, в том числе и амёбный.

- Клиника: характерным является острое начало с боли в области печени, повышения температуры тела, интоксикации. Нередко имеются очаги воспаления в других органах. При амёбном генезе абсцесса его появление опережают выраженные признаки колита.
- Лабораторные показатели: как правило уровень гипер-билирубинемии, активности ЩФ и ГГТП зависят от размеров абсцесса и места его нахождения. При его расположении в воротной области активность ЩФ, гипербилирубинемия, могут быть значительными. Как правило активность АЛТ и АСТ повышена умеренно. Характерным является гиперлейкоцитоз, нейтрофилез, значительное повышение СОЭ.

Холестатическая желтуха.

- Холестатическая желтуха возникает при нарушении экскреции и транспорта билирубина на любом участке желчных путей. Для удобства все случаи такой желтухи разделяют на те, что протекают без расширения желчных протоков и те, которые протекают с расширением желчных протоков. Для диагностики необходимо обязательное проведение УЗИ желчных путей и пузыря.

Причины развития холестатической желтухи

□ ***Без расширения желчных протоков:***

- - доброкачественный семейный рецидивирующий;
- - холестаз беременных;
- - медикаментозный холестаз.

□ ***2. С расширением желчных протоков:***

- - склерозирующий холангит;
- - первичный билиарный цирроз;
- - холедохолитиаз и камни других протоков;
- - ранообразные опухоли с обтурацией или сдавлением желчных путей;
- - лимфадениты воротной области, в том числе и туберкулезного происхождения;
- - некоторые гельминтозы с обтурацией или сдавлением желчных протоков (аскаридоз, эхинококкоз, альвеококкоз).

Характеристика заболеваний с холестатической желтухой без признаков расширения желчных протоков

1. Доброкачественный семейный рецидивирующий холестаз.

- Клиника: начинается в раннем возрасте, у членов одной семьи с приступов зуда кожи и желтухи. В период между приступами чувствуют себя хорошо. Течение болезни доброкачественное, случаев перехода в цирроз печени не выявлено.
- Лабораторные показатели: в период приступов гипербилирубинемия. С преобладанием прямой фракции без повышения активности АЛТ и АСТ. Значительная активность ЩФ, повышена концентрация желчных кислот в крови.
- Инструментальные данные: при УЗИ возможно расширение отдельных внутрипеченочных протоков без изменений внепеченочных.

2. Холестаз беременных.

- Клиника: несколько постепенное начало с зуда кожи, желтухи и минимальных диспепсических проявлений. Печень не увеличена.
- Лабораторные показатели: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение активности ЩФ. Активность АЛТ, АСТ, тимоловой пробы не изменяется.
- Инструментальные данные: при УЗИ увеличивается плотность паренхимы вдоль портальных трактов.

3. Медикаментозный холестаз.

- Клиника: напоминает предыдущее состояние, четко развивается после приема медикаментов.
- Лабораторные показатели: изменения, аналогичные предыдущим.
- Инструментальные данные: при УЗИ изменений, как правило, нет или они соответствуют проявлениям жирового гепатоза.

- При заболеваниях, которые протекают с расширением желчных путей тщательно проведенное УЗИ выявляет увеличение диаметра холедоха $> 0,8$ см и общего печеночного протока $> 0,6$ см. Также прослеживаются расширенные внутрипеченочные протоки мелкого калибра, которые в норме при УЗИ не регистрируются. Увеличивается объем желчного пузыря, который не поддается сокращению после употребления пищи. Всегда преобладает прямая гипербилирубинемия, значительно повышается активность показателей холестаза – ЩФ и ГГТП.

Характеристика заболеваний с холестатической желтухой и расширением желчных протоков

1. Склерозирующий холангит.

- **Клиника:** болезнь обычно развивается у молодых женщин. Желтуха сопровождается периодами зуда кожи, субфебрилитетом, иногда незначительными диспепсическими проявлениями. На поздних стадиях возможно развитие билиарного цирроза.
- **Лабораторные показатели:** гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции, значительно повышается активность ЩФ и ГГТП. Обычно уровень АСТ и АЛТ незначительный.
- **Инструментальные данные:** при УЗИ сначала отмечают утолщение печеночной паренхимы вдоль портальных трактов, на поздней стадии эти изменения имеют диффузный характер, присоединяются вышеупомянутые изменения внепеченочных ходов, появляются признаки разрастания соединительной ткани.

2. Холедохолитиаз и камни других желчных протоков.

- **Клиника:** появлению желтухи предшествует болевой приступ различной степени интенсивности, часто возникает после употребления жирной пищи, алкоголя, значительных физических нагрузок. Желтуха появляется очень быстро после боли.
- **Лабораторные показатели:** очень быстро прогрессирует гипербилирубинемия, нарастает активность ЩФ, тогда как показатели АЛТ и АСТ увеличиваются незначительно.
- **Инструментальные данные:** при УЗИ, наряду с вышеупомянутыми изменениями со стороны желчного пузыря и внепеченочных протоков, выявляют камни в просвете пузыря и протоках, чаще всего в холедохе.

3. Опухоли с обтурацией или сдавлением желчных путей.

- Клиника: зависит от вида опухоли, скорости роста и места расположения. То есть при поражении головки поджелудочной железы выраженные диспепсические расстройства. Общими проявлениями при всех видах опухолей являются снижение аппетита, слабость, похудение. Возможно также метастазирование опухолей в воротную область печени.
- Лабораторные показатели: уровень билирубинемии, активности ЩФ обусловлен также особенностями морфогенеза опухоли. Активность АЛТ и АСТ иногда может быть высокой, но обычно она умеренная. Выявляется тенденция к анемии, лейкоцитозу, нейтрофилезу, повышению СОЭ.

4. Лимфадениты портальной области, в том числе и туберкулезного генеза.

- Клиника: обычно осложняют течение основных заболеваний, при которых возникают. По клинической картине нередко имеют острое начало желтухи.
- Лабораторные показатели: изменения в общем анализе крови характерные для тех заболеваний, которыми обусловлены лимфадениты.

5. Некоторые гельминтозы с обтурацией или сдавлением желчных путей (аскаридоз, эхинококкоз, альвеококкоз).

- Клиника: в случаях аскаридоза гельминт может обтурировать холедох, поэтому клиника напоминает холедохолитиаз. Эхинококкоз и альвеококкоз протекают с признаками опухолевого роста.
- Лабораторные показатели: характерной является эозинофилия. Другие показатели соответствуют вышеупомянутым при общей характеристике холестатических желтух.
- Инструментальные данные: при УЗИ в случае обтурации аскаридой данные нечеткие. При эхинококкозе и альвеококкозе выявляется шаровидная структура, которая имеет характерную трехслойную стенку.

Сочетание разных видов желтух

Причины развития

- Тропическая малярия;
- Лептоспироз;
- Сепсис;
- Описторхоз;
- Вирусные гепатиты с развитием холестатической желтухи.

Характеристика заболеваний, которые сопровождаются многофакторной желтухой

1. Тропическая малярия.

- Клиника: при осложненной форме вместе с проявлениями, которые характерны для всех форм малярии, появляется выраженная лихорадка постоянного типа, желтуха, причиной которой является массивный гемолиз и возможно развитие малярийного гепатита.
- Лабораторные показатели: в отличие от других форм малярии возможен очень значительный гемолиз, значительное повышение АЛТ и АСТ.

2. Лептоспироз.

- Клиника: острое начало заболевания с озноба, лихорадки, покраснения кожи и конъюнктив, миалгий, особенно выраженных в икроножных мышцах. Желтуха появляется в конце 1-й недели на фоне снижения лихорадки, исчезновения миалгий, вместе с почечной недостаточностью и имеет смешанный характер – гемолитический и паренхималозный.
- Лабораторные показатели: гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции. Повышение активности АЛТ и АСТ незначительное. В общем анализе крови тромбоцитопения, выраженный лейкоцитоз с нейтрофилезом, значительное повышение СОЭ. Повышенный уровень креатинина, мочевины, остаточного азота. В моче гематурия и протеинурия.

3. Описторхоз.

- **Клиника:** на ранней стадии напоминает по клинической картине токсико-аллергический гепатит. Через месяц эти проявления стихают, в дальнейшем процесс протекает с явлениями холангита, рецидивами холестатической желтухи, хотя возможно и появление печеночной желтухи за счет возникновения лобарного гепатита. Желтуха может иметь смешанный характер: токсико-аллергический и механический. Далее возможно развитие билиарного цирроза печени, карциномы желчных путей.
- **Лабораторные показатели:** гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции и незначительное повышение активности АСТ и АЛТ. Значительное повышение активности ЩФ и других индикаторов холестаза. Лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия.
- **Инструментальные данные:** при УЗИ выявляют утолщение стенок желчных путей, признаки хронического гепатита, панкреатита.

□ Таким образом предложенные схемы позволяют широко провести дифференциальную диагностику желтух с разнообразной патологией, что позволяет своевременно начать адекватное лечение и предотвратить развитие серьезных осложнений.

Спасибо за внимание!