



Дифференциальная диагностика желтух

Мурзабаева Р.Т.

- **Желтуха (*icterus*)** – желтушное окрашивание кожных покровов и слизистых оболочек в результате накопления билирубина в сыворотке крови и последующего его отложения в тканях из-за нарушения динамического равновесия между скоростью его образования и выделения.
- В норме (при определении по методу Йендрашика) содержание билирубина в сыворотке крови составляет **3,4 – 20, 5** мкмоль/л, непрямого (или свободного) – до 16,5 мкмоль/л, прямого (или связанного)-до 5,1 мкм/л.
- Иктеричность склер становится заметной при повышении билирубина более чем в 2 раза, а кожных покровов – 4 – 6 раз.

- В практике клинициста синдром желтухи занимает важное место.
- Этот синдром прочно ассоциируется у большинства врачей с поражением печени инфекционного характера.
- Инфекционная (в первую очередь, вирусная) природа заболевания подтверждается у 60 – 70 % больных.
- Направление больных в гепатологические отделения инфекционных больниц наиболее оправдано в связи со сложностью во многих случаях догоспитальной дифференциальной диагностики синдрома желтухи, а также возможностями лабораторно-инструментальной службы.
- При этом необходимо учесть, что появление желтушного окрашивания кожных покровов и слизистых является серьезным и в некоторых случаях ургентным признаком заболевания.

- правильно собрать анамнез болезни, эпиданамнез, провести осмотр больного;
- составить алгоритм диагностического поиска, план лабораторного и инструментального обследования у больных с синдромом желтухи на догоспитальном и госпитальном этапе;
- интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования больного;
- выделить ведущие клинические и клинико-лабораторные синдромы при заболеваниях с синдромом желтухи;
- разграничивать основные **типы желтух**: надпечёночные, печёночные и подпечёночные;
- провести дифференциальный диагноз между различными заболеваниями, протекающими с синдромом желтухи;
- поставить диагноз в соответствии с современной классификацией, оценить тяжесть состояния больного

Механизмы развития желтухи

- избыточная продукция билирубина из-за повышенного распада гемоглобина;
- нарушение захвата и переноса билирубина в гепатоцит;
- нарушение процесса конъюгации билирубина;
- уменьшение экскреции билирубина в желчь;
- обструкция желчевыводящих путей

Типы желтух

По патогенезу выделяют 3 типа желтухи:

- надпеченочная (гемолитическая);
- печеночная (паренхиматозная);
- подпеченочная (механическая, или обтурационная)

По степени выраженности:

- легкая (общий билирубин до 85 мкмоль/л);
- умеренная (общий билирубин 86 – 170 мкмоль/л);
- выраженная (общий билирубин более 170 мкмоль/л)

По длительности сохранения желтухи:

- острая (до 3 мес.);
- затяжная (от 3 до 6 мес.);
- хроническая (свыше 6 мес.)

Надпеченочные желтухи

- Развиваются в результате повышенной продукции билирубина и недостаточности функции захвата его гепатоцитами.
- Гиперпродукция билирубина в подавляющем большинстве случаев связана с повышенным распадом эритроцитов (гемолизом), поэтому надпеченочные желтухи также называют **гемолитическими**.

Гемолитические анемии подразделяются на:

- **Врожденные** (семейные): эритропатии (анемия Минковского Шоффара), гемоглобинопатии (талассемия)
- **Приобретенные**: острые (гемолитическая болезнь новорожденных), токсические (отравления, ожоги, лекарственные); инфекционные (малярия, сепсис); посттрансфузионные, симптоматические (лимфолейкоз, эритромиелоз) и др.

3 типа надпеченочных желтух

- **Корпускулярная гемолитическая желтуха:** основная причина-биохимический дефект эритроцитов: анемия Минковского-Шоффара, талассемия, пароксизмальная ночная гемаглобинурия и др.
- **Экстракорпускулярные гемолитические анемии** - гемолиз обусловлен воздействием внеэритроцитарных факторов, присутствующих в плазме крови (антиэритроцитарные антитела при переливании несовместимой крови, гемолизины инфекционных агентов, агрессия возбудителя (малярия), гемолитические яды (мышьяк, сероводород) и др.
- **Повышенный распад эритроцитов в гематомах и инфарктах** при сепсисе, ДВС-синдроме, травмах и др.

Надпеченочная желтуха при малярии и сепсисе

- Критериями диагностики при малярии являются: перемежающаяся (интермиттирующая) лихорадка, эпидемиологический анамнез, гепатоспленомегалия, паразитемия, анемия.
- Некоторые виды септицемии (например, вызванные *Сl. perfringens*) могут сопровождаться быстрым и массивным гемолизом, приводящим к надпеченочной желтухе.
- Также характерны лихорадка, ознобы, поты, гепатоспленомегалия, геморрагический синдром, полиорганность (пневмония, эндокардит, пиелонефрит ит.д.)

Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов и гемолитических желтух

Признак	Гемолитические желтухи	Вирусные гепатиты
Симптомы интоксикации	Не выражены	Выражены, особенно в преджелтушный период
Зуд кожи	Отсутствует	Может быть
Боли в правом подреберье	Нет	Могут быть
Развитие болезни	Рецидивирующее	Циклическое
Причины болезни	Наследственность Прием лекарств Гемотрансфузии Сепсис и др.	Контакт с больными вирусными гепатитами Парентеральный анамнез Наркомания и др.
Желтуха	Умеренная с лимонным оттенком	С шафрановым оттенком
Гепатоспленомегалия	Превалирует спленомегалия	Превалирует гепатомегалия
Цвет кала	Темный	Ахолия
Изменение формы эритроцитов	Есть	Нет

Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов и гемолитических желтух

Анемия	Значительна	Нет
Гематокрит	Снижен	Нет
Ретикулоцитоз	Выражен	Нет
Желчные пигменты в моче	Отсутствуют	Есть
Уробилилинурия	Значительна	Умеренная
Билирубинемия	Значительное преобладание непрямого билирубина	Преобладание прямого билирубина
Активность трансаминаз	Нормальная или незначительно повышена	Повышена значительно, в десятки раз
Активность ЩФ	Нормальная	Повышена
Данные сонографии (УЗИ)	Изменения незначительные	Изменения выражены
Маркеры активной репликации вирусов (специфические Ig M)	Нет	Обязательны

Наследственный микросфероцитоз (Болезнь Минковского-Шоффара)

- Наследственное заболевание, обусловленное дефектом белков мембраны эритроцитов, приобретающих сферическую форму с последующим их разрушением макрофагами селезенки.
- Для него характерны: желтуха, анемия, спленомегалия, образование камней в желчном пузыре, кожные изменения типа пигментации, экзем, гемангиом, деформации скелета (особенно, черепа),
- развитие гемолитических кризов, уменьшенный диаметр эритроцитов с толстой мембраной и шарообразной формой, ретикулоцитоз.

Гемолитическая анемия, обусловленная дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы

- Наиболее распространенная аномалия эритроцитов, приводящая к гемолитическим кризам (гемоглинурийной лихорадке), провоцируемая приемом ряда лекарственных средств.
- Чаще всего связана с использованием: сульфаниламидов, хининов, нитрофуранов, оксихинолинов, противотуберкулезных препаратов.
- Характеризуется появлением на 2-5 день после начала применения препарата: лихорадки, головной боли, рвоты, желтухи, тяжелой анемии, черной мочи.
- Подтверждается определением активности фермента Г-6-ФД в крови.

Аутоиммунные гемолитические анемии

- Заболевания связаны с образованием антител к собственным антигенам эритроцитов.
- Клиника полиморфна, возможны кризы.
- Диагностика основывается на наличии анемии, увеличении эритробластического ростка в костном мозге за счет незрелых форм эритро- и нормобластов, лимонно-желтом оттенке кожных покровов, увеличении селезенки и печени, могут встречаться тромбозы.
- Конкретизация варианта заболевания требует специальных серологических исследований, которые позволяют выявлять наличие аутоантител на эритроцитах больного, гемолизинов, холодových агглютининов, эритроопсопинов.

Печеночные желтухи

- Являются **основной** причиной развития желтухи.
- Печеночные желтухи могут быть обусловлены как инфекционными, так и неинфекционными причинами.
- К наиболее частым инфекционным заболеваниям, протекающим с паренхиматозной желтухой, относятся ВГ
- При печеночной желтухе патологический процесс локализуется в гепатоцитах, а также в холангиолах и часто отмечается их сочетанное поражение.
- В основе печеночной желтухи лежит изолированное или комбинированное нарушение захвата, конъюгации и экскреции билирубина клетками печени, а также его регургитация.

3 варианта печеночной желтухи

- Энзимопатическая - нарушение захвата и конъюгации билирубина (пигментные гепатозы – синдромы Жильбера и Криглера-Найяра, физиологическая желтуха новорожденных и др.)
- Печеночно-клеточная - преимущественно нарушение экскреции, захвата и конъюгации билирубина (вирусные гепатиты и др.).
- Холестатическая - постгепатоцеллюлярная желтуха связана в первую очередь с поражением эпителия печеночных протоков (первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит, некоторые токсические и медикаментозные поражения и др.)

Наследственные пигментные гепатозы (энзимопатические желтухи)

- **Синдром Жильбера** – доброкачественный пигментный гепатоз, развивающийся вследствие генетически обусловленного понижения захвата и конъюгации билирубина.
- Наблюдается у 5 % населения Земного шара, наследуется по аутосомно-доминантному типу. Носит наследственный характер и манифестируется в подростковом возрасте.
- Выявляется в 95 % случаев у лиц мужского пола.
- При синдроме Жильбера снижается связывание билирубина с глюкуроновой кислотой в печени до 30 % от нормального. При этом никаких воспалительных и структурных изменений в паренхиме печени не развивается и наблюдается лишь накопление в гепатоцитах пигментных включений (липофусцина).

Синдром Жильбера

- На самочувствие и продолжительность жизни влияния не оказывает.
- Уровень билирубина имеет постоянные колебания, что зависит от физической нагрузки, психо-эмоционального состояния, голодания или переутомления, интеркуррентных заболеваний и пр.
- Желтушность выражена незначительно и уровень общего билирубина не превышает 4-5 норм.
- Сопровождается непрямой билирубинемией, норм. АЛТ, АСТ, отсутствием гемолиза (анемии), повышенным уровнем эр. и Нв, нормой ЩФ и ГГТ, протеинограммы, холестерина, отсутствием репликации вирусов (ПЦР).
- Иногда может сопровождать другие хрон. заболевания печени, выявляется при лабораторном обследовании.
- Диагноз «синдром Жильбера» может быть подтвержден генетическим исследованием при помощи коммерческих тест-систем.

Синдром Криглера-Найяра

- Наследуется по аутосомно-рецессивному типу и может встречаться в двух формах.
- При **I типе** отмечается полное отсутствие конъюгации билирубина и поэтому новорожденные погибают от «ядерной» желтухи в первые месяцы жизни.
- При **II типе** наблюдается снижение конъюгации билирубина до 85-95%. У таких лиц выраженная желтуха (5-15 норм) появляется с рождения и носит постоянный характер, астения, головные боли.
- При этом также отсутствуют какие-либо признаки воспалительных изменений, гемолиза, холестаза и печеночной недостаточности.

Заболевания, протекающие с паренхиматозной желтухой

Инфекционные желтухи	Неинфекционные желтухи
Вирусные гепатиты	Алкогольный гепатит
Иерсиниозы	Токсические гепатиты
Лептоспироз	Циррозы печени в стадии суб- и декомпенсации
Инфекционный мононуклеоз	Аутоиммунный гепатит
Герпетический гепатит	Первичный билиарный цирроз
Цитомегаловирусный гепатит	Первичный склерозирующий холангит
Листерииоз	Холестатический гепатоз беременных
Описторхоз	Острый жировой гепатоз у беременных
Желтая лихорадка	
Сепсис	

Дифференциальная диагностика вирусного гепатита А и В

Признак	Вирусный гепатит А	Вирусный гепатит В
Начало болезни	Чаще острое	Постепенное
Длительность преджелтушного периода	4-7 дней	7-14 дней, до 1 мес.
Клинические варианты преджелтушного периода	Гриппоподобный , диспепсический Смешанный	Астено-вегетативный, артралгический Диспепсический, экзантема
Желтуха	Нарастает быстро, длиться 2-3 нед.	Нарастает медленно, длиться 2-6 нед.
Синдром интоксикации в желтушный период	Быстро исчезает	Сохраняется долго, может нарастать
Зуд кожи	Очень редко	До 1/3 больных
Геморрагические проявления	Очень редко	У тяжелых больных
Инкубационный период	7-50 дней	30-180 дней

Дифференциальная диагностика вирусного гепатита А и В

Признак	Вирусный гепатит А	Вирусный гепатит В
Эпид.факторы	В очаге ВГА, употребление некипяченой воды, невымытых продуктов	Парентеральный анамнез Наркомания, Половые контакты Семейный очаг ВГВ
Сезонность	Преимущественно летне-осенняя	Нет
Течение	Легкое и средней тяжести Тяжелые формы 1-3 %	Средней тяжести Тяжелые формы 15-20 %
Период реконвалесценции	2-3 мес.	6-12 мес.
Летальность	Близка к 0	0,5-1,0 %
Хронизация	Нет	5-10 %
Серологическая диагностика	anti-HAV Ig M	anti-HBc Ig M, HBsAg, HBeAg

Иерсиниозы

- Желтуха встречается у 5-7 % больных при тяжелом течении болезни. Иногда дают пищевые вспышки. **Критерии** диагностики желтушных форм иерсиниозов:
- начало острое с высокой лихорадки
- появление желтухи на высоте лихорадки на 3-6 день болезни
- симптом «капюшона, перчаток, носков», «малиновый язык»
- мелкоточечная сыпь на сгибательных поверхностях
- гепатоспленомегалия
- мезаденит и терминальный илеит
- артриты
- зимне-весенняя сезонность
- лейкоцитоз
- умеренная билирубинемия и трансаминаземия (5-15 норм)
- специфические серологические тесты (РНГА, ИФА)
- бактериологический анализ кала, крови, суставной жидкости

Желтушные формы лептоспироза (5-10%)

- Начало острое с высокой лихорадки, чаще 2-волновая
- появление желтухи на высоте лихорадки на 3-5 д/болезни
- боль в икроножных мышцах, геморрагический синдром (кровоизлияния, сыпь, кровотечения)
- почечная недостаточность (боли в пояснице, олигурия)
- серозный менингит
- выраженная желтуха, гепатоспленомегалия
- преимущественно летняя заболеваемость, водный фактор
- Лейкоцитоз, значительная протеинурия (100-300 раз), гематурия, азотемия
- значительная билирубинемия (5-20 норм)
- незначительная трансаминаземия (2-5 норм)
- серологические тесты (РАЛ в моче и крови), ПЦР

Инфекционный мононуклеоз

- преимущественно детский и молодой возраст
- длительная лихорадка, от 1 до 5 нед.
- появление желтухи на высоте лихорадки
- острый тонзиллит, преимущественно гнойно-некротический, заложенность носа
- боль в подреберьях, больше слева, умеренная желтушность
- полиаденопатия, увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов
- Спленомегалия, меньше увеличение печени
- Лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары
- умеренная билирубинемия (2-7 норм)
- умеренная трансаминаземия (3-10 норм), ↑ ЩФ
- серологические тесты (ИФА: anti-VEB Ig M)

Цитомегаловирусный и герпетический и гепатит

- Такое течение этих инфекций также наблюдается при иммунодефицитных состояниях, чаще у детей с врожденными иммунодефицитами, больных с ВИЧ-инфекцией или у пациентов, находящихся на иммуносупрессивной терапии.
- В клинике генерализованных форм герпетической и цитомегаловирусной инфекции присоединяются такие поражения, как: сыпь, пневмония, менингоэнцефалиты, геморрагический синдром, хориоретиниты.

Описторхоз

- острое начало с лихорадки
- диспепсический синдром, боли в правом подреберье
- употребление рыбы карповых пород в полусыром виде
- полиморфная экзантема
- незначительная желтушность, гепатоспленомегалия
- Лейкоцитоз, эозинофилия
- умеренная билирубинемия и трансаминаземия
- обнаружение Ig M к описторхам методом ИФА
- обнаружение яиц в дуоденальном содержимом и кале

Токсические поражения печени

- Связано значительным ростом употребления алкоголя и более широким использованием химических соединений в производственной и бытовой сфере
- Длительное использование лекарственных средств (туберкулостатики, психотропные, антибактериальные и др.), методов нетрадиционной медицины (чистотел в лечебных целях).
- Токсические поражения могут провоцироваться другими заболеваниями печени (ХВГ, циррозы печени).
- Для диагностика токсических поражений печени требуется учет наличия стигм хронического употребления алкоголя, анамнез болезни.
- Возможно развитие острого ВГ на фоне хронического токсического поражения печени, что вызывает дополнительные трудности при первичной догоспитальной диагностике.

Острый алкогольный и вирусные гепатиты

Признак	Острый алкогольный гепатит	Вирусные гепатиты
Лихорадка на фоне желтухи	Часто	Не характерно
Диспепсический синдром	Часто	Менее выражен
Артралгии	Нехарактерны	У трети больных
Длительность преджелтухи	1-3 дня	4-14 дней
Употребление алкоголя	Часто длительное	Нет
Интенсивность желтухи	Умеренная	Выражена
Динамика желтухи	Быстрая – 1-2 нед.	Медленная – 2-6 нед.
Гепатомегалия	Значительная, болезненная	Умеренная
Алкогольные стигмы (контрактура Дюпюитрена, гипертония, тремор, склерит)	Характерны	Отсутствуют
Лейкоцитоз и повышение СОЭ	Характерен	Отсутствует
MCV (средний объем эритроц-в)	Увеличен более 95 fL	Неизменен
АсАТ/АлАТ	Больше 1,2-1,4	Меньше 1,0
ГГТ,	Повышено в 5-20 раз	Незначительно повышено
Холестерин	Повышен до 1,5-2,0 раз	Мало изменен
ЛПВП	Повышены	Неизмененные
Маркеры репликации вирусов (Ig M)	Нет	Есть

Циррозы печени

- Иногда манифестация **цирроза печени** (как правило, на стадии суб- и декомпенсации) с появления желтухи у врачей вызывает подозрение на ВГ.
- Необходимо учитывать клинико-лабораторные признаки ЦП: портальная гипертензия, асцит, анасарка, внепеченочные знаки (пальмарная эритема, телеангиэктазии, венозные коллатерали и др.), гепатоспленомегалия, геморрагический синдром,
- Тромбоцитопения, анемия, преобладание АсАТ над АлАТ, умеренная трансаминаземия (2-5 норм), диспротеинемия,
- ВРВП, на УЗИ: расширение v. portae, увеличение хвостатой доли печени, чаще отсутствие маркеров активной репликации вируса.

Аутоиммунный гепатит

- молодые женщины 12-25 лет
- отсутствие маркеров вирусных гепатитов
- у 1/4 больных дебют заболевания развивается с желтухи
- у 3/4 заболевание начинается с внепеченочных проявлений: длительная лихорадка, артралгии, сыпь, дис- и аменорея, тиреоидит, узловатая эритема, синдром Шегрена, гломерулонефрит и др.
- гепатоспленомегалия
- признаки портальной гипертензии
- ускоренная СОЭ, тромбоцитопения, анемия
- Билирубинемия 10-15 норм, трансаминазы 5-10 норм
- гипергаммаглобулинемия в 2 и более раза, гипоальбуминемия
- наличие аутомаркеров: ANA, SMA, LKM-1 (1: 80)

Холестатический гепатоз беременных

- Наблюдается у 0,01-2% беременных
- Сроки развития: как правило, II-III триместр, и в ранние сроки беременности может быть).
- Риск преждевременных родов (12-36%), риск внутриутробной гибели плода (1-10%).
- Наиболее высокий риск для плода - при содержании желчных кислот в крови матери **40 мкмоль/л.**
- Не повышен риск аномалий у плода, риск гибели матери. При необходимости может обсуждаться вопрос о родоразрешении после **37 недель**
- Прогноз хороший: после родоразрешения симптомы исчезают.
- **Основа лечения - урсодезоксихолевая кислота (Урсосан) (10-15 мг/кг в сут. в 2 приема. Наиболее эффективны дозы 1,5-2 г в сут.).**

- **Паренхиматозные желтухи** могут встречаться и при других, как инфекционных (в основном, тропических), так и неинфекционных заболеваниях
- Иногда они могут сочетаться с надпеченочными или подпеченочными механизмами развития желтухи.
- Большое значение в развитии печеночных желтух, несомненно, играет и **преморбидный фон**: сахарный диабет, сердечно-сосудистая недостаточность, алкоголизм, жировой гепатоз печени и др.

Подпеченочные желтухи

- **Интраканикулярные** – обтурация печеночного и общего желчного протоков изнутри (камни, гельминты и др.);
- **Экстраканикулярные** – сдавление общего желчного протока снаружи (опухоли, лимфадениты, острый панкреатит и др.);
- **Гипоплазия или атрезия желчевыводящих путей** рубцами, спайками, врожденная и др.

Воспалительные заболевания желчного пузыря и поджелудочной железы

- Актуальны холангиты, острые холециститы, паразитарные поражения.
- Увеличилась частота развития механических желтух на почве заболеваний поджелудочной железы – острый панкреатит (панкреонекроз), псевдотуморозный и кистозный панкреатит
- Эти заболевания носят **ургентный** характер и такие больные подлежат экстренной хирургической помощи.
- Поэтому действия врача должны быть максимально четкими и быстрыми. Вопрос с диагнозом должен быть решен уже на догоспитальном этапе.
- Из всех типов желтух именно подпеченочные требуют наибольшего внимания.

Дифференциальная диаг-ка ЖКБ и ВГ

Признак	Желчнокаменная болезнь	Вирусные гепатиты
Боль в правом подреберье	Выражена , отдает в правое плечо и лопатку	Чувство тяжести в правом подреберье
Артралгии	Нет	Могут быть
Начало болезни	Острейшее, с болевого синдрома , часто ночью	Может быть острым с симптомов интоксикации
Преджелтушный период	Короткий, 1-3 сут.	7 – 14 дней
Причина заболевания	Нарушение диеты накануне приступа болезни	Парентеральный анамнез, Половые контакты, очаг ВГ
Анамнез болезни	Обнаружение в прошлом (на УЗИ) камней в желчном пузыре или подобных приступов	Циклическое развитие заболевания
Симптом Курвуазье	Может быть положительным	Нет
Симптом Кера	Положительный	Нет
Тахикардия	Характерна	Только при угрозе ОПЭ

Дифференциальная диаг-ка ЖКБ и ВГ

Признак	Желчнокаменная болезнь	Вирусные гепатиты
Лейкоцитоз	Характерен	Только при угрозе ОПЭ
Ускоренная СОЭ	Характерна	Нет
Трансаминаземия	Умеренная	Значительная, в 20 – 100 и более раз
Уровень ЩФ	Повышен в 2 – 7 раз	Может быть повышен в 1,5 – 2 раза
Тимоловая проба	Не изменена	Повышена
Холестерин	Часто повышен	Малоизменён
Маркеры активной репликации вирусов (специфические Ig M)	Нет	Есть
Инструментальные методы диагностики: УЗИ, холецистография, ЭРХПГ, КТ, МРТ, лапароскопия	Высокоинформативны	Малоинформативны

Острый панкреатит

- Встречается чаще у мужчин после злоупотребления алкоголем, погрешностей в диете
- острое начало заболевания с болевого синдрома, опоясывающий характер боли, иррадиация болей в левые отделы живота и иногда в спину, сухость языка, лихорадка, частая рвота, м.б. жидкий стул, тахикардия,
- лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, умеренная трансаминаземия, повышение ЩФ и ГГТ, повышение амилазы крови и диастазы мочи, сонографические признаки (УЗИ).
- При этом также могут отсутствовать перитонеальные знаки (симптом Щеткина) и выраженность болевого синдрома может на время ослабевать.

Механические желтухи опухолевого генеза

В развитии неопластических подпеченочных желтух играют роль такие заболевания:

- рак головки поджелудочной железы (наиболее часто – до 90 % механических «опухолевых» желтух),
- гепато- и холангиоцеллюлярная карциномы,
- рак желчного пузыря и большого сосочка двенадцатиперстной кишки,
- метастазы при злокачественных опухолях органов ЖКТ (чаще всего, прямой кишки),
- лимфогранулематоз, другие лимфопролиферативные заболевания
- отмечается тенденция к учащению и «омоложению» этого типа желтух.

Опорные признаки механических желтух опухолевого генеза

- чаще зрелый и пожилой возраст (от 40 лет и старше)
- постепенное, длительное, ациклическое развитие заб-я, до желтухи значительное похудание и зуд кожи
- сохранение удовлетворительного самочувствия на фоне нарастающей желтухи серо-землистого оттенка
- иногда тупые постоянные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину и крестец, + симптом Курвуазье
- плотная, нередко, бугристая печень
- анемия, ускоренная СОЭ, в 1,5-3 раза повышение трансаминаз, значительное повышение ЩФ, холестерина
- отрицательный преднизолоновый тест
- данные инструментальных исследований (УЗИ, КТ, МРТ)
- лапароскопические признаки опухолевого поражения

Показатели	Тип желтухи		
	Гемолитическая надпеченочная	печеночная (гепатоцеллюлярная)	механическая (подпеченочная)
Анамнез	Подобные заболевания у родственников, появление желтухи впервые в детском возрасте, усиление желтухи после пребывания на холоде	Контакт с токсическими веществами, злоупотребление алкоголем; контакт с больными желтухой, инфекционные заболевания (мононуклеоз)	Приступы болей в животе (с желтухой или без нее); повторная крапивница; операции на желчных путях, резкое падение веса
Окраска кожи	Бледно-желтая с лимонным оттенком	Оранжевая, желтая	Желто-серая, иногда зеленоватая
Интенсивность желтухи	Небольшая	Умеренно выраженная	От умеренно выраженной до резкой
<u>Кожный зуд</u>	Отсутствует	Неустойчивый	Устойчивый
Тяжесть в области печени	Нет	Часто и в ранней стадии болезни	Редко, исключая острый <u>ХОЛЕЦИСТИТ</u> и <u>ЭХИНОКОККОЗ</u>

Показатели	Тип желтухи		
	гемолитическая (надпеченочная)	печеночная (гепатоцеллюлярная)	механическая (подпеченочная)
Боль в области печени	Отсутствует	Редко	Часто при наличии камня или опухоли
Размеры печени	Могут быть увеличены	Увеличены, нормальные, уменьшены	Увеличены *
Размеры селезенки	Увеличены	Увеличены	Обычно не увеличены
Цвет мочи	Нормальный, может быть темный (при наличии <u>уробилина</u>)	Темный (наличие связанного билирубина)	Темный (наличие связанного билирубина)
Содержание уробилина в моче	Резко повышено	Может отсутствовать короткий период, в дальнейшем чрезмерно или умеренно повышено	Отсутствие при полной закупорке
Цвет <u>кала</u>	Нормальный или темный (повышено содержание стеркобилина)	Бледный (снижен <u>стеркобилин</u> , повышено количество жира)	Бледный (нет стеркобилина, повышено количество жира)

Показатели	Тип желтухи		
	гемолитическая (надпеченочная)	печеночная (гепатоцеллюлярная)	механическая (подпеченочная)
Функциональные пробы печени	Повышение содержания свободного билирубина в крови. Осадочные реакции отрицательны. Активность <u>щелочной фосфатазы</u> не изменена	Повышение содержания связанного и свободного билирубина. Активность щелочной фосфатазы иногда повышена. ↑ активности <u>трансаминаз</u> . Осадочные пробы +.	Высокое содержание связанного билирубина в крови. Повышение активности щелочной фосфатазы. Повышение содержания <u>холестерина</u> в крови. Осадочные пробы отрицательны
Специальные тесты, позволяющие выявить тип желтухи	Реакция Кумбса. Определение <u>резистентности эритроцитов</u>	Биопсия печени. <u>Лапароскопия</u> . Радиоизотопное исследование с бенгальской розовой или коллоидным <u>золотом</u> . Бромсульфалеиновая проба	Определение скрытой крови в кале. <u>Рентгенологическое исследование</u> желудочно-кишечного тракта и желчных путей. Биопсия печени. Чрескожная внутripеченочная <u>холангиография</u> . Лапароскопия. <u>Сканирование</u> печени

Выводы

- Таким образом, правильная и своевременная оценка характера желтухи играет большую роль в дальнейшей врачебной тактике и, соответственно, прогнозе заболевания.
- Тип желтухи определяет также объем лечебных мероприятий и место их проведения.



**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**