

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

СРС

Желтухи

Проверила:

Факультет: общая медицина

Курс: IV

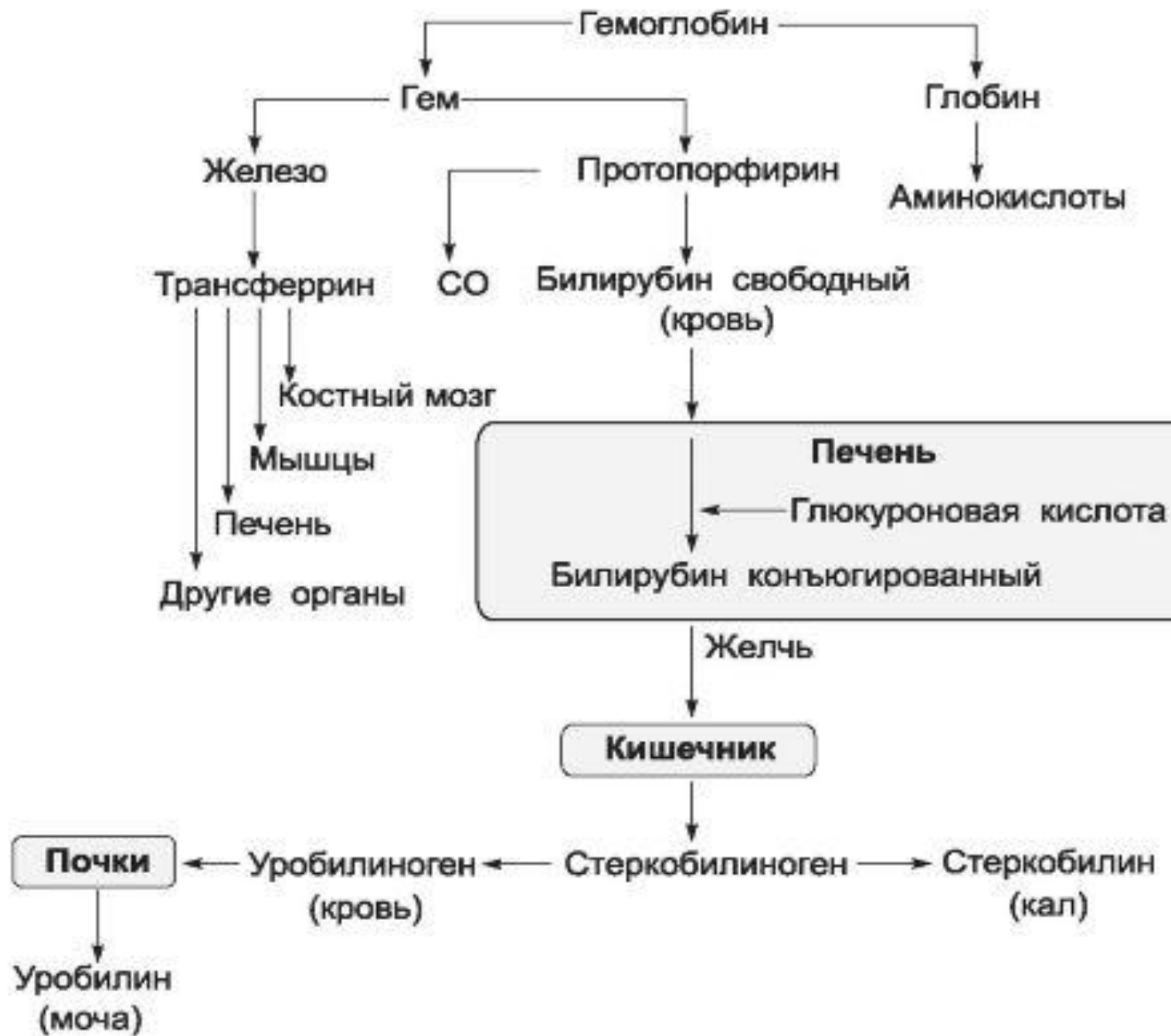
группа: 605-1 к

Алматы 2016

Желтуха, иначе болезнь Госпела — это состояние организма, при котором слизистые оболочки, склеры и кожа окрашиваются в желтый цвет из-за повышенного содержания в крови билирубина (желтого пигмента). Желтуха — это не что иное, как комплекс симптомов, вызванных нарушением работы печени, желчевыводящих путей и другими патологическими процессами.

Желтуха - окрашивание в желтый цвет слизистых оболочек, склер и кожи вследствие накопления в крови избыточного количества билирубина.





Желтуха

```
graph TD; A((Желтуха)) --> B[Надпеченочная]; A --> C[Печеночная]; A --> D[Подпеченочная];
```

Надпеченочная

Подпеченочная

Печеночная

Диагностические признаки	Желтухи		
	надпеченочные	печеночные	подпеченочные
Анамнез	Имеются сведения о подобных заболеваниях у родителей и близких родственников. Впервые гемолитические желтухи диагностируются в раннем возрасте. Могут возникать после пребывания на холоде	Имеются сведения либо о контакте с больным вирусным гепатитом А. либо об отравлении гепатотропными ядами	Характерны периодически возникающие приступы болей в правом подреберье. Могут быть указания на перенесенные операции по поводу заболеваний желчевыводящих путей
Первые признаки болезни	Слабость, бледность кожи	Вялость, слабость, снижение аппетита, головная боль, боли в суставах	Утомляемость, слабость, приступообразные боли в животе
Развитие болезни	Постепенное	Циклическое, в течение 3-5 нед.	Острое, с приступами болей
Температура тела	Нормальная	Субфебрильная или нормальная	Фебрильная, гектическая
Нарастание желтухи	Медленное, длительное, субиктеричность с периодическим усилением желтухи	Быстрое	Быстрое, развивается после приступа болей в правом подреберье

Признак	Надпеченочная желтуха	Печеночная желтуха	Подпеченочная желтуха
Причины	Внутрисосудистый и внутриклеточный гемолиз, инфаркты органов (чаще легких), большие гематомы	Гепатит, цирроз печени, синдром Жильбера и др.	Желчнокаменная болезнь, опухоли и стриктуры в области ворот печени, опухоль поджелудочной железы или Фатерова сосочка и др.
Оттенок желтухи (окраска кожи)	Лимонный	Шафраново-желтый	Зеленый
Интенсивность желтухи	Небольшая	Умеренно выраженная	От умеренно выраженной до резкой
Кожный зуд	Отсутствует	Умеренный у части больных	Выражен
Размеры печени	Нормальные	Увел-ны, норм-ны, умень-ны	Увеличены

Признак	Надпеченочная желтуха	Печеночная желтуха	Подпеченочная желтуха
Биохимические исследования крови: • билирубин	Увеличен за счет неконъюгированного (непрямого)	Увеличен за счет неконъюгированного (непрямого) и конъюгированного (прямого)	Увеличен за счет конъюгированного (прямого)
АлАТ, АсАТ	Нормальные	Увеличены	Нормальные или увеличены незначительно
холестерин	Нормальный	Снижен	Увеличен
щелочная фосфатаза	Нормальная	Нормальная или умеренно повышена	Значительно увеличена

Признак	Надпеченочная желтуха	Печеночная желтуха	Подпеченочная желтуха
у- глутамилтранспепт идаза	Нормальная	Умеренно увеличена	Увеличена
Моча:			
цвет	темная	цвет пива	темная
уробилин	Увеличен	Увеличен	Отсутствует
билирубин	Отсутствует	Увеличен	Увеличен
Кал:			
цвет	Очень темный	Слегка обесцвечен	Ахоличный
стеркобилин	Увеличен	Снижен	Отсутствует

Лабораторные показатели	Надпеченочная желтуха	Печеночная желтуха	Подпеченочная желтуха
Периферическая кровь	Анемия, ретикулоцитоз, ускорение СОЭ	Лейкопения, относительный лимфоцитоз, замедление СОЭ	Лейкоцитоз нейтрофильного характера и ускорение СОЭ
Маркеры вирусных гепатитов	Отсутствует	Положительные	Отсутствует
Протромбин плазмы	Норма	Норма или снижен при тяжелом течении гепатита	Норма
Онкомаркеры	Отсутствует	Отсутствует	а-фетопротеин, РЭА повышены при опухолевой окклюзии желчных путей

Показатели	Гемолитическая желтуха	Паренхиматозная желтуха	Обтурационная
Функциональные пробы печени	Повышенное содержание свободного билирубина в крови, тимоловая проба в норме, активность ЩФ не изменена.	Повышено содержание связанного и свободного билирубина. Активность щелочной фосфатазы иногда повышена, повышение активности трансаминаз. Тимоловая проба повышена. Повышен коэффициент «железо/медь»	Высокое содержание связанного билирубина в крови. Повышение активности ЩФ. Тимоловая проба в норме.
Специальные тесты	Реакция Кумбса. Определение резистентности эритроцитов. Выявление тепловых и холодных антител в сыворотке. Определение гаптоглобина. Электрофорез гемоглобина	Биопсия печени, лапароскопия. Радиоизотопное исследование с бенгальским розовым или коллоидным золотом	Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта и желчных путей. Лапароскопия. Биопсия печени. Чрезкожная внутripеченочная холангиография. Сканирование печени. Гепатография. Определение скрытой крови в кале, определение амилазы в крови и моче.

Признак	Синдром Жильбера — Мейленграхта	Синдром Криглера — Наджара	Синдром Дабина — Джонсона	Синдром Ротора
Начало заболевания	Подростковый и молодой возраст	Период новорожденности	Подростковый и молодой возраст	Детский возраст
Гипербилирубинемия	Преобладание непрямого	Только не прямой	Преобладание прямого	Преобладание прямого
Билирубинурия	Отсутствует	Отсутствует	Присутствует	Присутствует
Бромсульфалеиновая проба	Нормальный, ↓ или ↑ клиренс	Норма	Позднее повторное ↑ конъюгированного красителя в крови	↑ задержка красителя в крови через 45 мин
Холецистография	Норма	Норма	Желчные пути не заполняются или заполняются недостаточно, с опозданием (независимо от способа введения красителя)	Желчные пути не заполняются после внутривенного введения контрастного вещества
Состояние печеночной ткани	Норма или активация клеток Купфера и наличие пигмента в гепатоцитах	Норма или незначительные проявления жировой дистрофии гепатоцитов, перипортальный фиброз	Большое количество темного грубозернистого пигмента в гепатоцитах	Норма

Синдром	Тип наследования	Патогенез	Клинические проявления	Лечение
Криглера — Найара 1-го типа	Аутосомно-рецессивный	Отсутствие УДФГТ	Манифестация в первые часы жизни, ядерная желтуха тяжелого течения, билирубиновая энцефалопатия. Билирубин > 200 мкмоль/л	Фототерапия, трансплантация печени
Криглера — Найара 2-го типа	Аутосомно-рецессивный	Снижение активности УДФГТ	Манифестация в первые месяцы жизни, ядерная желтуха средней степени тяжести. Билирубин < 200 мкмоль/л	Фенобарбитал, фототерапия
Жильбера	Аутосомно-доминантный	Снижение активности УДФГТ, нарушение захвата билирубина гепатоцитом	Чаще у мальчиков, манифестация в возрасте от 7 до 30 лет. Интермиттирующая иктеричность склер и кожи, редко — диспепсия, астенизация	Фенобарбитал
Дабина — Джонсона	Аутосомно-доминантный	Нарушение транспорта билирубина в гепатоцит и из него	Чаще у мужчин в возрасте 25–30 лет. Желтуха, боли в правом подреберье, увеличение печени и селезенки	Нет
Ротора	Аутосомно-доминантный	Тот же, что при синдроме Дабина — Джонсона, и нарушение конъюгации билирубина	Чаще у мальчиков в пубертатном периоде. Желтуха, диспепсия, боли в правом подреберье	Нет
Люси — Дрисколл	Неизвестен	Наличие ингибитора УДФГТ в молоке матери	У детей первых дней жизни, находящихся на грудном вскармливании. Билирубиновая энцефалопатия	Отказ от грудного вскармливания
Доброкачественный семейный возвратный холестаз	Аутосомно-рецессивный	Гиперплазия лимфатических сосудов печени с развитием холестаза	Манифестация в неонатальном периоде. Интермиттирующее течение желтухи. Могут быть дегенеративные процессы ЦНС	Нет
Болезнь Байлера	Неизвестен	Перипортальный фиброз с нарушением оттока желчи	Манифестация в первые недели жизни. Выраженная желтуха, билирубин до 300 мкмоль/л	Нет



Физиологическая желтуха

Физиологическая желтуха новорождённых — не болезнь, а состояние в периоде адаптации, связанное с заменой фетального гемоглобин (HbF) на гемоглобин А (HbA), незрелостью ферментных систем и приспособлением детского организма к новым условиям окружающей среды. У взрослого человека эритроциты постоянно обновляются, стареющие клетки метаболизируются с образованием билирубина, который выводится печенью. У младенца печень ещё не функционирует в полной мере, поэтому образовавшийся в ходе замены фетального гемоглобина билирубин придаёт коже и слизистым оболочкам желтоватый оттенок, начиная с третьих суток жизни.

По мере того как ферментные системы организма начинает работу в полном объёме, цвет кожи ребёнка приходит в норму, становясь бледно-розовым. Желтизна кожи обычно наиболее выражена на третий-четвёртый день, и полностью пропадает к 7-8 дню жизни.



Каротиновая желтуха



Желтуха ложная (псевдожелтуха, каротиновая желтуха) — желтушное окрашивание кожи (но не слизистых оболочек!) вследствие накопления в ней каротинов при длительном и обильном употреблении в пищу моркови, свеклы, апельсинов, тыквы, а также возникающая при приёме внутрь акрихина, пикриновой кислоты и некоторых других препаратов.

Использованная литература:

- Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей /Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ООО Издат.дом «М-Вести», 2002. – 416 с.
- Руководство по инфекционным болезням. Под ред. проф. Ю.В. Лобзина – СПб.: «Издательство Фолиант», 2002. – 936 с.
- Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Пр. р-во; Пер. с англ. Под ред. З.Г.Апросиной, Н.А.Мухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.
- Алексеева О.П., Курышева М.А. Цирроз печени и его осложнения: Учебное пособие. – Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2004. – 96 с.
- Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: В 2 т. Т.2 – Мн.: Беларусь, 2000. – 463 с.
- Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 432с.
- Основы гепатологии / Под ред. А.Ф.Блюгер. – Рига: Звайгзне, 1975. – 470 с.





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ