

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ
В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Учебное пособие для студентов,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»

Уфа
2014

УДК 616.36-008.5-07:616.9(075.8)

ББК 55.14я7

С 38

Рецензенты:

Профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней
ГБОУ ВПО Южно-Уральской государственной медицинской университет
Минздрава РФ *Л. И. Ратникова*

Профессор кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией
и тропической медицины ВолГМУ, д.м.н. *Е. А. Иоанниди*.

Синдром желтухи в клинике инфекционных болезней: уч. пос.
С 38 для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело» / Сост.:
Д. А. Валишин, О. И. Кутуев, Д. Х. Хунафина, А. Н. Бурганова, Т. А. Хабелова, Л. Р. Шайхуллина, А. Т. Галиева, Г. Р. Сыртланова, Р. С. Султанов. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2014. - 42 с.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта ВПО по дисциплине «инфекционные болезни» специальность 060101 – лечебное дело (2010 г.). В издании представлены сведения о наиболее распространенных неотложных состояниях и синдромах, встречающихся в клинике инфекционных болезней, знакомство с их клиническими проявлениями, вариантами течения, а также с основами дифференциального диагноза. Предназначено для студентов, обучающихся по специальности лечебное дело- 060101. Коллектив авторов надеется, что пособие будет полезным не только инфекционистам, но и врачам ряда смежных специальностей.

Рекомендовано в печать по решению Координационного научно-методического совета и утверждено решением Редакционно-издательского совета ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.

УДК 616.36-008.5-07:616.9(075.8)

ББК 55.14я7

© ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Синдром желтухи в клинике инфекционных болезней.....	4
Надпеченочные желтухи.....	8
Печеночные желтухи.....	12
Подпеченочные желтухи.....	24
Тестовые задания для самоконтроля.....	29
Ситуационные задачи.....	33
Список литературы.....	39

СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ

В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Учебные цели: изучить особенности заболеваний протекающих синдромом желтухи, овладеть врачебными навыками дифференциальной диагностики желтух при различных заболеваниях на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Усвоить основные приемы работы с больными на догоспитальном этапе, оказания экстренной медицинской помощи, ведения больного в стационаре.

В результате освоения темы студент должен **уметь:**

- правильно собрать анамнез, в т. ч. эпидемиологический, и 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 протекающих с синдромом желтухи;
- оценить результаты функциональных печеночных тестов и серологических исследований;
- 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;
- выявить признаки печеночной недостаточности в начальной стадии и оказать неотложную помощь.

Для формирования умений студент должен знать (исходные базисные знания и умения):

- анатомо-физиологические особенности гепатолиенальной системы;
- механизмы развития и функциональные показатели синдрома печеночной недостаточности, нарушений пигментного обмена;
- патогенез развития надпечёчных, печёчных и подпечёчных желтух;
- методы физикального обследования больного, основные клинические проявления гепатопатий;
- методы биохимической, инструментальной, иммунологической и серологической диагностики при синдроме желтухи;
- основные типы гемолитических желтух: корпускулярные, экстракорпускулярные и распадные;
- инфекционные заболевания, наиболее часто протекающие с синдромом желтухи;
- основные типы печеночных желтух: энзимопатические, вирусные гепатиты и другие инфекционные заболевания, холестатические, аутоиммунный гепатит, токсические гепатиты, циррозы печени;
- основные типы подпечёчных желтух: обтурационные и экстрабилиарные.

Вопросы для самоподготовки:

1. Желтуха как клинический признак нарушения пигментного обмена.
2. Надпечёчная (гемолитическая) желтуха. Общая характеристика.
3. Энзимопатические печёчные желтухи.
4. Печёчные (паренхиматозные) желтухи. Общая характеристика.
5. Дифференциальная диагностика энтеральных и парентеральных гепатитов.
6. Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов и паренхиматозных желтух неинфекционного происхождения (токсический гепатит, ПБЦ, аутоиммунный гепатит и др.).

7. Серологическая диагностика вирусных гепатитов.
8. Краткая характеристика инфекционных заболеваний другой этиологии, при которых синдром желтухи является диагностическим признаком.
9. Подпечёночные (механические) желтухи. Общая характеристика.
10. Дифференциальный диагноз вирусных гепатитов и механической желтухи на почве новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны.
11. Дифференциальный диагноз вирусных гепатитов и механической желтухи на почве желчнокаменной болезни и острого панкреатита.
12. Желтухи у беременных (Синдром Шихана, холестатический гепатоз беременных и др.)

В практике клинициста синдром желтухи занимает одно из важных мест. Этот синдром прочно ассоциируется у большинства врачей с поражением печени, чаще всего, инфекционного характера. Тем не менее, инфекционная (в первую очередь, вирусная) природа заболевания подтверждается у 60-70 % больных. В то же время направление больных в гепатологические отделения инфекционных больниц наиболее оправдано в связи со сложностью во многих случаях догоспитальной дифференциальной диагностики синдрома желтухи, а также более подготовленным персоналом и 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.

Желтуха (*icterus*) – желтое 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) общее содержание билирубина в сыворотке крови составляет 3,4-20, 5 мкмоль/л, непрямого (неконъюгированного, или свободного) билирубина – до 16,5 мкмоль/л, прямого (конъюгированного, или связанного) – до 5,1 мкмоль/л.

Иктеричность склер становится заметной при повышении билирубина более чем в 2 раза, а кожных покровов – 4-6 раз.

Классификация.

Существует 5 механизмов 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.

Первые три механизма приводят к повышению преимущественно свободного (непрямого) билирубина, последние два – связанного (прямого) билирубина.

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 течения:

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

При проведении дифференциальной диагностики желтух необходимо определить патогенетическую принадлежность желтухи, а затем проводить дифференцирование внутри типа желтухи.

НАДПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛТУХИ

Развиваются в результате повышенной продукции билирубина и относительной недостаточности функции захвата его гепатоцитами. Гиперпродукция билирубина в подавляющем большинстве случаев связана с повышенным распадом эритроцитов (гемолизом), поэтому надпеченочные желтухи также называют *гемолитическими*. Повышенное содержание билирубина в крови обусловлено накоплением преимущественно свободного (непрямого) билирубина. В то же время при массивном гемолизе гепатоциты не всегда в состоянии экскретировать весь захваченный и конъюгированный билирубин, в результате в крови может несколько повышаться и содержание связанного билирубина.

Гемолитические анемии подразделяются на:

- врожденные (семейные):
 - эритропатии (анемия Минковского-Шоффара, энзимдефицитные гемолитические анемии и др.);
 - гемоглобинопатии (талассемия, серповидно-клеточная анемия и др.)
- приобретенные:
 - острые (гемолитическая болезнь новорожденных, холодовая гемоглобинурия и др.);
 - токсические (отравления, ожоги, лекарственные);
 - инфекционные (малярия, сепсис);
 - посттрансфузионные;
 - хронические (аутоиммунные, болезнь Маркиафавы-Микели и др.);
 - симптоматические (лимфолейкоз, эритромиелоз и др.)

Принято выделять также 3 типа надпеченочных желтух.

1. Корпускулярная гемолитическая желтуха. Основная причина биохимический дефект эритроцитов (например, недостаток глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы): анемия Минковского-Шоффара, талассемия, пароксизмальная ночная гемаглобинурия или болезнь Маркиафавы-Микели и др.

2. Экстракорпускулярные гемолитические анемии. Гемолиз обусловлен воздействием внеэритроцитарных факторов, присутствующих в плазме

крови, таких, например, как: антиэритроцитарные антитела при переливании несовместимой крови, гемолизины инфекционных агентов, агрессия самого возбудителя (малярия), гемолитические яды (мышьяк, сероводород) и др.

3. Повышенный распад эритроцитов в гематомах и инфарктах при сепсисе, ДВС-синдроме, травмах и др.

При этом необходимо отметить, что любой тип гемолитических анемий может быть спровоцирован приемом лекарственных средств (реакции идиосинкразии), сочетаться с другими типами желтух (печеночная, надпеченочная) и клиникой практически любого инфекционного заболевания, протекающего в тяжелой форме или с осложнениями (ДВС, ИТШ, сепсис и др.).

При инфекционных заболеваниях патогенетически надпеченочная желтуха наиболее характерна для малярии и сепсиса. Критериями диагностики при малярии являются: перемежающаяся (интермиттирующая) лихорадка, эпидемиологический анамнез, гепатоспленомегалия, паразитемия, анемия. Некоторые виды септицемии (например, вызванные *Cl. perfringens*) могут сопровождаться быстрым и массивным гемолизом, приводящим к надпеченочной желтухе.

Безусловно, практически важным является своевременная дифференциальная диагностика вирусных гепатитов и гемолитических желтух неинфекционного происхождения (табл. 1).

**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
Анемия	Значительна	Нет
Изменение формы эритроцитов	Есть	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

Наиболее часто встречаются следующие гемолитические желтухи неинфекционного происхождения:

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 (гемоглобинурийной 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 включают формы заболевания, связанные с образованием антител к собственным антигенам эритроцитов. Клиника полиморфна, возможны кризы. Диагностика приобретенных аутоиммунных гемолитических анемий основывается главным образом 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. Они позволяют выявлять наличие аутоантител на эритроцитах больного, гемолизинах, Холодовых агглютининов, двухфазных Холодовых гемолизинах, эритроопсонинах.

Пароксизмальная ночная гемоглинурия (Болезнь Маркиафавы-Микели) - приобретенная гемолитическая анемия, обусловленная изменениями структуры мембраны эритроцитов, и протекающая с внутрисосудистым их гемолизом. Поражаются также лейкоциты и тромбоциты. Характеризуется постепенным началом, умеренной желтухой, головной болью и выраженными болями в животе. Характерно выделение гемосидерина с мочой, значительная протеинурия.

Талассемии представляют собой гетерогенную группу гемоглинопатий, в основе которых лежит снижение синтеза полипептидных цепей, входящих в структуру нормального гемоглибина А. Течение заболевания характеризуется тяжелой гемолитической анемией, проявляющейся к концу первого года жизни ребенка. Сопровождается желтухой, значительной гепатоспленомегалией, ретикулоцитозом, морфологическими изменениями эритроцитов. Развивается гемосидероз печени и селезенки. Нередко происходит образование билирубиновых камней в желчных путях. При тяжелой гомозиготной талассемии больные умирают на первом году жизни, при сравнительно более спокойной форме заболевания они могут дожить до взрослого возраста.

ПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛТУХИ

Являются основной причиной развития синдрома желтухи. Печеночные желтухи могут быть обусловлены как инфекционными, так и неинфекционными причинами. К наиболее частым инфекционным заболеваниям, протекающим с печеночной (паренхиматозной) желтухой, относятся вирусные гепатиты. Поэтому в большинстве случаев необходимо решение задачи дифференциальной диагностики вирусных гепатитов с печеночными желтухами другой этиологии.

При печеночной желтухе патологический процесс локализуется в гепатоцитах, а также в холангиолах и часто отмечается их сочетанное поражение. Гипербилирубинемия связана с нарушением различных звеньев метаболизма и транспорта билирубина внутри клеток печени. В основе печеночной желтухи лежит изолированное или комбинированное нарушение захвата, конъюгации и

экскреции билирубина клетками печени, а также его регургитация.

В зависимости от уровня, на котором происходит первичное нарушение метаболизма и транспорта билирубина, печеночную желтуху подразделяют на:

- гепатоцеллюлярную;
- постгепатоцеллюлярную.

При гепатоцеллюлярной желтухе может быть два основных варианта:

1) нарушение захвата и конъюгации билирубина (пигментные гепатозы – синдромы Жильбера и Криглера-Найяра, физиологическая желтуха новорожденных и др.) и 2) преимущественно нарушение экскреции, а также захвата и конъюгации билирубина (вирусные гепатиты и др.). Постгепатоцеллюлярная желтуха связана в первую очередь с поражением эпителия печеночных протоков (первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит, некоторые токсические и медикаментозные поражения и др.)

Существует также подразделение на 3 формы печеночных желтух:

- энзимопатические;
- печеночно-клеточные;
- холестатические.

Одной из наиболее частых причин возникновения желтухи на Земном шаре являются наследственные пигментные гепатозы (**энзимопатические желтухи**). В первую очередь это касается синдрома Жильбера и в значительно меньшей степени синдромов Криглера-Найяра, Дабина-Джонсона и Ротора, которые встречаются 1 случай на 300-500 тыс. населения.

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 вос-

палительных и структурных изменений в паренхиме печени не развивается и наблюдается лишь накопление в гепатоцитах пигментных включений (липофусцина). На общее самочувствие и продолжительность жизни влияния не оказывает. Уровень билирубина в течение жизни имеет постоянные колебания в зависимости от физической нагрузки, психо-эмоционального состояния, голодания или переутомления, интеркуррентных заболеваний и пр. Желтушность выражена незначительно и заметна в основном на склерах, окраска кожных покровов приобретает матовый оттенок и уровень общего билирубина не превышает 4-5 норм. Сопровождается непрямой билирубинемией, неизменными трансаминазами, отсутствием гемолиза (анемии), повышенными уровнями эритроцитов крови и гемоглобина, нормальными значениями ЩФ и ГГТ, протеинограммы, холестерина, отсутствием маркеров активной репликации вирусов (ПЦР). Иногда может сопровождать другие хронические заболевания печени, но выявляется, как правило, случайно при лабораторном обследовании. Диагноз «синдром Жильбера» может быть подтвержден генетическим исследованием при помощи коммерческих тест-систем.

Синдром Криглера-Найяра большинством признаков сходен с синдромом Жильбера, но 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. При этом также отсутствуют какие-либо признаки воспалительных изменений, гемолиза, холестаза и печеночной недостаточности.

Несмотря на отсутствие каких-либо общих признаков, кроме незначительной желтушности, тем не менее, иногда ошибочно пигментные гепатозы принимаются за вирусные гепатиты и даже цирроз печени. А постановка диагноза «хронический гепатит» лицам с доброкачественными пигментными гепатозами может привести к необоснованной тревоге больного и, как следствие,

необоснованным организационным и материальным издержкам.

Заболевания, протекающие с паренхиматозной (печеночной) желтухой, можно разделить на две группы: инфекционные и неинфекционные (табл. 2).

Таблица 2

Инфекционные	Неинфекционные
Вирусные гепатиты Иерсиниозы Лептоспироз Инфекционный мононуклеоз Герпетический гепатит Цитомегаловирусный гепатит Ку-лихорадка Листериоз Амебиаз Описторхоз Желтая лихорадка Сепсис Возвратные тифы Лейшманиозы и др.	Алкогольный гепатит Токсические гепатиты Циррозы печени в стадии суб- и декомпенсации Аутоиммунный гепатит Первичный билиарный цирроз Первичный склерозирующий холангит Холестатический гепатоз беременных Синдром Шихана и др.

Наиболее частой причиной развития «острой» желтухи, безусловно, являются **вирусные гепатиты**. Это основной контингент пациентов обращающихся к врачу из-за синдрома желтухи. Вирусные гепатиты - эпидемические заболевания и подразделяются на энтеральные (А, Е) и парентеральные (В, С, D). Также большая группа гепатотропных вирусных агентов рассматривается, как причина развития гепатитов (F, G, TT, SEN, NF-V и др.). Клинико-эпидемиологические и, особенно, прогностические различия энтеральных и парентеральных гепатитов значительны. Современное состояние заболеваемости вирусными гепатитами характеризуется относительно высоким ростом парентеральных гепатитов, что связано с преимущественно хроническим их течением и, соответственно, большим количеством потенциальных источников инфекции.

В РФ в острой желтушной форме наиболее часто встречаются вирусные гепатиты А и В (ВГЕ в РФ нет, а ВГС протекает в основном в хронической форме). Раннее выявление и дифференциальная диагностика этих гепатитов

важны как в эпидемиологическом, так и клинико-прогностическом плане. При этом задача дифференциальной диагностики энтеральных и парентеральных гепатитов, в соответствии с действующими приказами и инструктивными рекомендациями, стоит уже на догоспитальном этапе (табл. 3).

Таблица 3

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, длится 2-3 нед.	Нарастает медленно, длится 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
Эпид. факторы	Нахождение в очаге ВГА Употребление некипяченой воды, немых 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

На течение вирусных гепатитов оказывает влияние преморбидный фон (алкоголь, наркомания, проф. вредности, заболевания ЖКТ и иммунной системы и др.), сочетанное поражение разными вирусами (наиболее часто: В+С, В+D, В+D+С и др.), что может осложнять их диагностику и прогноз заболевания.

Кроме вирусных гепатитов паренхиматозная желтуха может встречаться и при других инфекционных заболеваниях. Это происходит обычно при тяжелых формах болезни или иммунодефицитных состояниях.

Иерсиниозы - одна из наиболее частых причин развития печеночной желтухи после вирусного гепатита. Встречается у 5-7 % больных при тяжелом течении болезни. Иногда дают пищевые вспышки. Критериями диагностики желтушных форм иерсиниозов можно считать следующие:

- 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;
- зимнее-весенняя сезонность;
- лейкоцитоз;
- умеренная билирубинемия и трансаминаземия (5-15 норм);
- специфические серологические тесты (РНГА, ИФА);
- бактериологический анализ кала, крови, суставной жидкости.

Лептоспироз более тяжелое, чем вирусные гепатиты заболевание эндемичное для районов повышенной влажности и болотистой местности. Желтушные (иктерогеморрагические) формы лептоспироза самые тяжелые формы болезни с высокой частотой осложнений и уровнем летальности до 5-10 %.

Критериями диагностики являются:

- начало острое с высокой лихорадки, двухволновая лихорадка;
- появление желтухи на высоте лихорадки на 3-5 день болезни;
- боль в икроножных мышцах;
- выраженный 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 – герпесвирусная инфекция, поражающая практически все население Земного шара (до 95 %), и носит ярко выраженный иммунозависимый характер. Является одним из основных проявлений ВИЧ-инфекции. Желтушные формы также развиваются в основном при тяжелом течении заболевания.

Критерии диагностики желтушных форм инфекционного мононуклеоза следующие:

- 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, значительное увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов;

- преобладание увеличения селезенки по сравнению с печенью;
- лейкоцитоз;
- лимфо-моноцитоз, появление «атипичных мононуклеаров»;
- умеренная билирубинемия (2-7 норм);
- умеренная трансаминаземия (3-10 норм), повышение ЩФ;
- серологические тесты (ИФА: anti-VEB Ig M).

Сходную с инфекционным мононуклеозом картину могут давать другие герпетические инфекции, вызванные вирусами простого герпеса и цитомегаловирусами. 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.

Из гельминтных инвазий наиболее актуальной в развитии желтухи для РФ можно считать **описторхоз**. Главный в РФ и самый крупный в мире очаг описторхоза расположен в Обь-Иртышском бассейне, имеются также очаги в бассейне рек Волги, Камы и северных районах РБ.

Критерии диагностики описторхоза следующие:

- 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 яиц в дуоденальном содержимом и кале;
- обнаружение Ig М к опистрохиям методом ИФА.

Синдром желтухи может развиваться и при некоторых других гельминтозах и протозоозах редко встречаемых в РФ: фасциолез, клонорхоз, шистосомоз, амебиаз, лейшманиоз, бeбeзиоз и др. В диагностике этих поражений значительную роль играют данные эпидемиологического анамнеза, серологические тесты.

Среди неинфекционных паренхиматозных желтух все большее значение приобретают **токсические поражения печени**, что связано в первую очередь со значительным ростом употребления алкоголя и более широким использованием химических соединений в производственной и бытовой сфере. К этой же группе поражений можно отнести также бесконтрольное или длительное использование лекарственных средств, методов нетрадиционной медицины (например, участвовавшее применение чистотела в лечебных целях). Иногда токсические поражения сочетаются или провоцируются другими заболеваниями печени, например такими, как: хронические гепатиты или циррозы печени вирусной этиологии. Во многих случаях диагностика токсических поражений печени затруднена из-за умышленного сокрытия причин заболевания самим пострадавшим. Для этого требуется определенный опыт работы с подобным контингентом больных и учет наличия стигм хронического употребления алкоголя. В то же время возможно развитие острого вирусного гепатита на фоне алкогольной болезни печени или какого-либо другого хронического токсического (медикаментозного) поражения печени, что вызывает дополнительные трудности при проведении первичной догоспитальной диагностики.

Самой частой причиной «острой» желтухи неинфекционного происхождения является **острый алкогольный гепатит**, который необходимо диффе-

ренцировать с острыми вирусными гепатитами (табл.4).

Таблица 4

**Дифференциальная диагностика
острого алкогольного и вирусных гепатитов**

Признак	Острый алкогольный гепатит	Вирусные гепатиты
Лихорадка на фоне желтухи	Часто	Нехарактерно
Диспепсический синдром на фоне желтухи	Часто	Нехарактерно
Артралгии	Нехарактерны	У трети больных
Длительность преджелтушного периода	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 Дюпоитрена, гипертония, тремор, склерит)	Характерны	Отсутствуют
Лейкоцитоз и повышение СОЭ	Характерен	Отсутствует
MCV (средний объем эритроцитов)	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	Неизменены
Углеводдефицитный трансферин	Повышен	Неизменен
Маркеры активной репликации вирусов (специфические Ig M)	Нет	Есть

Иногда манифестация **цирроза печени** (как правило, на стадии суб- и декомпенсации) с появления желтухи у некоторых врачей вызывает подозрение

на вирусные гепатиты. Такое происходит из-за неучета важнейших клинико-лабораторных признаков у больных циррозом печени. Эти признаки хорошо известны: портальная гипертензия, асцит, анасарка, внепеченочные знаки (пальмарная эритема, телеангиэктазии, венозные коллатерали и др.), выраженная гепатоспленомегалия, геморрагический синдром, тромбоцитопения, анемия, преобладание АсАТ над АлАТ, умеренная трансаминаземия (2-5 норм), значительная диспротеинемия, варикозное расширение вен пищевода, на УЗИ: расширение v. portae, увеличение хвостатой доли печени, и, наконец, отсутствие маркеров активной репликации вируса.

В последнее время появился надежный, быстрый и удобный способ определения степени фиброза печени, в т.ч. его конечной стадии – цирротической, – непрямая эластометрия при помощи прибора «Fibroscan».

Возрастает актуальность проблемы **аутоиммунных поражений печени**, которые стали встречаться чаще и в более молодом возрасте. Социальное значение этих заболеваний связано с тем, что ими страдают в подавляющем большинстве женщины и носят они фатальный характер. В то же время успехи гепатологии в настоящее время позволяют избежать неблагоприятного исхода при своевременном направлении больных на трансплантацию печени. К сожалению, манифестация этих заболеваний с синдрома желтухи указывает уже на, как правило, позднюю стадию болезни – цирротическую.

В первую очередь к таким заболеваниям относится **аутоиммунный гепатит** – воспаление печени, связанное с иммунным дефектом, приводящим к аутоагрессии на собственные гепатоциты. Критериями диагностики являются:

- 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 до 10-15 норм;
- трансаминаземия до 5-10 и более норм;
- повышение общего белка выше границ нормы;
- гипергаммаглобулинемия в 2 и более раза, гипоальбуминемия;
- наличие аутомаркеров: ANA, SMA, LKM-1, SLA (1: 80).

Другим заболеванием из этой группы является **первичный билиарный цирроз** – аутоиммунное поражение печени, проявляющееся в развитии негнойного деструктивного холангита. При этом вырабатываются антитела к желчным протокам с нарушением оттока желчи. Клинико-лабораторные признаки этого заболевания следующие:

- женщины в возрасте 35-50 лет;
- отсутствие маркеров вирусных гепатитов;
- дебют заболевания с появления зуда кожи;
- гиперпигментация кожи;
- ксантомы, ксантелазмы;
- гепатоспленомегалия;
- внепеченочные проявления;
- признаки портальной гипертензии на поздних стадиях;
- ускоренная СОЭ;
- билирубинемия;
- умеренная трансаминаземия до 2-5 норм;
- значительное повышение ЩФ и ГГТ, в 5-10 и более раз;
- гиперхолестеринемия;
- гипергаммаглобулинемия, гипоальбуминемия;
- наличие аутомаркеров: АМА.

Отдельного внимания заслуживают желтухи у беременных. При этом необходимо исключить, в первую очередь, вирусные гепатиты и другие инфекционные заболевания. Наиболее частая причина желтухи у беременных – **холестатический гепатоз беременных**, который развивается в III триместре и сопровождается нарастающим зудом кожи. Иногда он является причиной преждевременных родов и носит рецидивирующее течение.

Паренхиматозные желтухи могут встречаться и при других, как инфекционных (в основном, тропических) заболеваниях, так и неинфекционных. 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

Подпеченочная (*механическая*) желтуха возникает при наличии препятствия оттоку желчи из внепеченочных желчных протоков в двенадцатиперстную кишку. При этом происходит регургитация билирубина в синусоиды и снижается экскреция его из гепатоцитов, что сопровождается повышением преимущественно прямого билирубина и прекращением выделения уробилина с мочой.

По механизму развития подпеченочные желтухи подразделяются на:

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

Наиболее частой причиной возникновения подпеченочных желтух являются воспалительные заболевания желчного пузыря и поджелудочной железы. Это, в первую очередь, – желчнокаменная болезнь. Среди заболеваний желчно-

го пузыря в плане развития механических желтух также актуальны холангиты, острые холециститы, паразитарные поражения. В последние годы увеличилась частота развития механических желтух на почве заболеваний поджелудочной железы – острый панкреатит (панкреонекроз), псевдотуморозный панкреатит, кистозный панкреатит и др.

Эти заболевания носят ургентный характер и такие больные, как правило, подлежат экстренной хирургической помощи. Поэтому действия врача должны быть максимально четкими и быстрыми. Практически вопрос с диагнозом должен быть решен уже на догоспитальном этапе. Из всех типов желтух именно подпеченочные требуют наибольшего внимания.

К сожалению, многие врачи ошибочно принимают данный тип желтух за вирусный гепатит и необоснованно направляют больных в инфекционные стационары, опираясь фактически только на один симптом – желтуху. При этом теряется драгоценное время и больной подвергается дополнительным эпидемиологическим рискам. В то время как, различия вирусных гепатитов и механических желтух очевидны и требуется лишь необходимое внимание и учет всех клинико-anamnestических признаков заболевания.

Желчнокаменная болезнь в ряду заболеваний, протекающих с механической желтухой, безусловно, находится на первом месте. Поэтому, в первую очередь, важно знание алгоритма дифференциальной диагностики этого заболевания с вирусными гепатитами (табл. 5).

**Дифференциальная диагностика
желчнокаменной болезни и вирусных гепатитов**

Признак	Желчнокаменная болезнь	Вирусные гепатиты
Боль в правом подреберье	Выражена , иногда с иррадиацией в правое плечо и лопатку	Может быть 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, Нахождение в очаге ВГ, за 1–6 мес. до начала заболевания
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
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

Необходимо учесть, что при обострении желчнокаменной болезни на начальных стадиях редко наблюдается положительный симптом Щеткина и боли после первого приступа на время могут несколько ослабевать, особенно, на фоне спазмолитической терапии. Заболевание чаще встречается у женщин среднего и пожилого возраста, как правило, с избыточной массой тела.

Острый панкреатит также относится к неотложным хирургическим заболеваниям, протекающим с механической желтухой. Он характеризуется такими признаками, как: встречается чаще у мужчин, злоупотребление алкоголем, острое начало заболевания с болевого синдрома, опоясывающий характер боли, иррадиация болей в левые отделы живота и иногда в спину, сухость языка, лихорадка, частая рвота, иногда 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.

Отдельного внимания заслуживают механические желтухи опухолевого генеза. В последние годы отмечается тенденция учащения и «омоложения» этого типа желтух. В развитии неопластических подпеченочных желтух играют роль такие заболевания, как: рак головки поджелудочной железы (наиболее часто – до 90 % механических «опухолевых» желтух), гепато- и холангиоцеллюлярная карциномы, рак желчного пузыря, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки, метастазы при злокачественных опухолях органов ЖКТ (чаще всего, прямой кишки), лимфогранулематоз, другие лимфопролиферативные заболевания и т.д.

Опорные диагностические признаки **механических желтух опухолевого генеза** можно считать следующие:

- чаще зрелый и пожилой возраст (от 40 лет и старше);
- постепенное, длительное, ациклическое развитие заболевания;
- предшествующие желтухе значительное похудание и зуд кожи;

- сохранение удовлетворительного самочувствия на фоне нарастающей желтухи;

- иногда тупые постоянные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину и крестец;

- положительный симптом Курвуазье;

- плотная, нередко, бугристая печень;

- серо-землистый оттенок желтухи;

- анемия, ускоренная СОЭ;

- незначительное (в 1,5–3 раза) повышение трансаминаз;

- значительное повышение ЩФ, иногда холестерина;

- отрицательный преднизолоновый тест;

- данные инструментальных исследований (УЗИ, КТ, МРТ и др.);

- лапароскопические признаки опухолевого поражения.

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.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВСЕХ БОЛЕЗНЕЙ, КРОМЕ:

- А. Иерсиниозов
- Б. Инфекционного мононуклеоза
- В. Лептоспироза
- Г. ВИЧ-инфекции
- Д. Желтой лихорадки

2. НАДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА ВОЗМОЖНА ПРИ:

- А. Лептоспирозе
- Б. Инфекционном мононуклеозе
- В. Малярии
- Г. Вирусных гепатитах
- Д. Чуме

3. СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- А. Лептоспироза
- Б. Чумы
- В. Амебиаза
- Г. Сыпного тифа
- Д. Бешенства

4. ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, КРОМЕ:

- А. Иерсиниозов
- Б. Бруцеллеза
- В. Лептоспироза
- Г. Сепсиса
- Д. Ботулизма

5. ДЛЯ НАДПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХ ХАРАКТЕРНО:

- А. Гипербилирубинемия в сочетании с гиперхолестеринемией
- Б. Гипербилирубинемия в сочетании с повышением АлАТ
- В. Гипербилирубинемия в сочетании с уробилинурией
- Г. Гипербилирубинемия в сочетании с диспротеинемией
- Д. Гипербилирубинемия в сочетании с гиперкоагуляцией

6. ПРИЗНАКАМИ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Повышение билирубина и ЩФ
- Б. Повышение холестерина и β -липопротеидов
- В. Повышение билирубина и АлАТ
- Г. Повышение АлАТ и ГГТ
- Д. Повышение тимоловой пробы и ПТИ

7. КАКИЕ ПИГМЕНТНЫЕ ГЕПАТОЗЫ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НЕПРЯМОЙ БИЛИРУБИНЕМИЕЙ?

- А. Синдром Жильбера
- Б. Синдром Криглера-Найяра I типа
- В. Синдром Криглера-Найяра II типа
- Г. Синдром Дабина- Джонсона
- Д. Синдром Ротора

8. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Степень повышения АлАТ и АсАТ
- Б. Выраженность билирубинемии
- В. Экзантема
- Г. Артралгии
- Д. Динамика желтухи

9. ДЛЯ КАКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ОПЭ?

- А. Вирусный гепатит А
- Б. Вирусный гепатит В
- В. Вирусный гепатит С
- Г. Вирусный гепатит D
- Д. Вирусный гепатит Е

10. Отличительными клинико-лабораторными признаками подпеченочных желтух от вирусных гепатитов являются:

- А. Степень повышения прямого билирубина
- Б. Отсутствие HBsAg и anti-HCV
- В. Степень повышения АлАТ
- Г. Симптом Курвуазье
- Д. Зуд кожи

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ:

- А. Повышение АлАТ
- Б. Выраженность диспротеинемии
- В. Повышение ГГТ
- Г. Холурия
- Д. Снижение холестерина

12. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Выраженная диспротеинемия
- Б. Ускоренное СОЭ
- В. Выраженные внепеченочные проявления
- Г. Преобладание лиц женского пола
- Д. Все перечисленное

13. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Повышение активности щелочной фосфатазы
- Б. Гипербилирубинемия
- В. Нарушение синтеза глобулинов
- Г. Повышение активности трансаминаз
- Д. Повышение содержания холестерина

14. МАРКЕРАМИ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Трансаминазы
- Б. Щелочная фосфатаза
- В. ГГТ
- Г. Уровень альбуминов
- Д. Тимоловая проба

15. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ:

- А. Вирусный гепатит В начинается остро
- Б. Вирусный гепатит А чаще протекает в легкой форме
- В. Тяжесть течения вирусных гепатитов обусловлена диспротеинемией
- Г. В желтушном периоде вирусных гепатитов характерна лихорадка
- Д. Для вирусного гепатита С характерно острое циклическое течение

16. ПРИ КАКИХ ГЕЛЬМИНТОЗАХ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ЖЕЛТУХИ?

- А. Энтеробиоз
- Б. Трихинеллез
- В. Описиорхоз
- Г. Трихоцефалез
- Д. Эхинококкоз

17. ПОДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА ВОЗМОЖНА ПРИ:

- А. Лептоспирозе
- Б. Иерсиниозах
- В. Аскаридозе
- Г. Вирусных гепатитах
- Д. Туляремии

18. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ:

- А. Лептоспироз
- Б. Желчнокаменная болезнь
- В. Токсический гепатит
- Г. Первичный билиарный цирроз
- Д. Острый панкреатит

19. В ЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ НАБЛЮДАЮТСЯ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

- А. Брадикардия
- Б. Полиаденопатия
- В. Ахолия
- Г. Зуд кожи
- Д. Кровоточивость

20. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ ОТ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Варикозное расширение вен пищевода
- Б. Отсутствие HBsAg и anti-HCV
- В. Тромбоцитопения
- Г. Внепеченочные знаки
- Д. Зуд кожи

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1. Больной Н., 32 лет, госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». При поступлении состояние средней тяжести. Жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, повышение температуры, кашель. Заболел около 2-х недель назад, когда появилось недомогание, повышение температуры, беспокоил кашель, одышка, на коже появились зудящие высыпания. 3 дня назад заметил потемнение мочи, а на следующий день желтушность склер и кожи. Контакта с инфекционными больными не имел, гепатитом раньше не болел, за последние полгода никаких парентеральных манипуляций не проводилось. Питается дома. За 3 недели до начала болезни в течение 3-х дней ел вяленую рыбу, привезенную из Сибири.

При осмотре отмечена умеренная желтушность склер и кожных покровов. В легких – сухие хрипы, жесткое дыхание. Язык обложен сероватым налетом. Болезненность при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, увеличение печени. При исследовании крови обнаружен лейкоцитоз- $14,8 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилия- 34 %.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования и лечения.
4. Назовите возбудителя данной болезни и его локализацию в организме.

Задача № 2. Больной О., 32 лет, житель Томска, обратился к врачу с жалобами на тяжесть в правом подреберье, тупые боли в эпигастрии, тошноту, отрыжку, слабость. Болен полгода, за время болезни помимо вышеперечисленных жалоб, отмечал периодическое появление сыпи, сопровождавшейся зудом. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и склеры желтушны. В легких – хрипов нет. ЧД 16 в мин. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 76 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная на 3 см печень, умеренной плотности. В правой доле печени выявляется каменистой плотности бугристое образование, стул обычный, регулярный, ахоличный, моча темная. По органам мочевыделительной системы и ЦНС – без патологии. Из анамнеза известно, что контакта с больными не имел, парентеральных манипуляций не

было, в последнее время в доме живут две собаки.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. С какими диагнозами необходимо дифференцировать?
3. План обследования и лечения.
4. Прогноз болезни.

Задача № 3. Больной М., 54 года, в течение последних шести месяцев стал замечать снижение аппетита, нарастающую слабость, беспокоил кожный зуд, который в последнее время стал нестерпимым, особенно ночью. За последнее время похудел на 8 кг. В поликлинику обращался многократно, обследовался. Один раз был обнаружен сахар в моче. Лечился от диабета, хотя уровень сахара в крови не повышался, в моче был обнаружен еще лишь дважды. К концу шестого месяца заболевания была замечена желтуха, в это же время кал стал ахоличным. Госпитализирован с диагнозом «вирусный гепатит».

При поступлении состояние пациента средней тяжести, желтуха интенсивная, на коже множественные следы расчесов. Патологии сердечно-сосудистой, дыхательной систем не выявлено. Живот слегка вздут, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1,5-2 см ниже реберного края. Четко определяется грушевидной формы, эластичной консистенции, безболезненный желчный пузырь. Селезенка не пальпируется, перкуторно - в пределах нормы.

Анализ крови: л.- $8,2 \times 10^9$ /л; п.- 6 %; с.-68 %; э.-2 %; лимф.-20 %; мон.-4 %; СОЭ-38 мм/ч.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. План обследования.

Задача № 4. Больная С., 57 лет. Поступила в инфекционную больницу с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье и эпигастральной области, тошноту, отсутствие аппетита, повышение температуры до 37,7°C. После окончания приступа болей отметила появление желтушности кожи и склер, потемнение мочи. Из анамнеза известно, что подобные болевые приступы возникали неоднократно после приема острой и жирной пищи. С инфекционными больными не контактировала. Два месяца назад – внутривенные и внутримышечные инъекции лекарственных препаратов.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,4°C. Умеренная

желтушность кожных покровов, слизистой оболочки полости рта и склер. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Подкожно-жировой слой развит избыточно, отеков нет. В легких – везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 84 уд/мин. АД 150/100 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет избыточного подкожно-жирового слоя, мягкий, болезненный в верхней половине. Нижний край печени – у реберной дуги, гладкий, чувствительный. Положительный симптом Ортнера, Керра. Симптом Курвуазье отрицательный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. В общем анализе крови: лейкоцитов $12,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 30 мм/час. В анализе мочи: билирубин++, уробилин++.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. План обследования.

Задача № 5. Больная И., 42 лет, в течение 2 недель жаловалась на боли в суставах, температура тела была нормальной, назначение анальгетиков и антигистаминных препаратов не привело к улучшению самочувствия. Из анамнеза известно, что больная 4 месяца назад оперирована по поводу фибромиомы матки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

При объективном обследовании выявлено: умеренная иктеричность кожи и склер, увеличение размеров печени – на 2 см выступает по среднеключичной линии из-под края реберной дуги. Гиперемии и отечности области суставов нет. Со стороны других органов патологии не выявлено. Клинический анализ крови в пределах нормы. В моче обнаружены желчные пигменты.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие синдромы можно выделить в течение болезни у данной больной?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Составьте план обследования больной.

Задача № 6. Больной А., 18 лет, заболел 7 дней тому назад – озноб, температура тела повышалась до 39°C . К врачу не обращался, лечился жаропонижающими. 3 дня назад температура тела нормализовалась, однако самочувствие ухудшилось, исчез аппетит, усилилась слабость. Вчера мать заметила

желтушность склер, вызвала врача, который направил больного в инфекционную больницу. При осмотре больного незначительная интоксикация, кожа и склеры слегка желтушны. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Пульс – 72 уд/мин. Тоны сердца приглушены. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык слегка обложен. Живот мягкий, печень выступает на 1,0-1,5 см по среднеключичной линии, болезненна. Пальпируется нижний полюс селезенки.

БАК: Бил. общ. – 95,0 мкмоль/л, прям. – 64,2 мкмоль/л, АлАТ – 2380 е/л, АсАТ – 1780 е/л, тим. пр. – 15 ед. Серологические исследования: anti-HAVIgM (+), HBsAg (+), anti-HBc (+), anti-HBcIgM (-), HBeAg (-), anti-HDV (-), anti-HCV (-).

1. Поставьте диагноз.
2. План обследования больного
3. Дайте интерпретацию серологических данных.

Задача № 7. К больной С., 33 лет, парикмахер, был вызван врач поликлиники 24.04. Жалобы на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие ухудшалось, заметила появление уртикарной сыпи на теле, головокружение, продолжалась боль в правом подреберье, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура повысилась до 39,7° С. Сказала врачу, что в последнее время часто ела салат из свежих овощей, особенно из тепличных огурцов. После осмотра была направлена на госпитализацию в инфекционную больницу с диагнозами: «лептоспироз, иерсиниоз». В стационаре выявлена желтуха. Состояние тяжелое. Сохранялась боль в суставах, правом подреберье. На коже в области суставов необильная сыпь пятнисто-папулезного характера. Пульс 90 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень увеличена, пальпировалась на 4 см ниже реберной дуги, край ее резко болезненный при пальпации. Селезенка увеличена. Асцит. При биохимическом исследовании крови: билирубин связанный — 150, свободный — 80 мкмоль/л, АлАТ — 1500 е/л, АсАТ — 1800 е/л; протромбиновый индекс — 50 %; общий белок — 45 г/л, альбуминов — 35 %, альфа 1 — 5 %, альфа 2 — 12 %, бета — 15 %, гамма — 32 %; сулемовая проба — 1,4 мл, тимоловая проба 20 ед. При серологическом ис-

следовании выявлены HBsAg, anti-HBc, anti-HDV IgM. Состояние больной продолжало ухудшаться, усилилась боль в животе, головокружение, зевота, плохо спала, желтуха нарастала, было носовое кровотечение, размеры печени сократились. Переведена в отделение интенсивной терапии.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте.
2. Наметьте терапевтическую тактику.
3. Прогнозируйте течение болезни.

Задача № 8. У больного И., 18 лет, при обращении в поликлинику по поводу проведения ФГДС для прохождения медкомиссии РВК заметили иктеричность. Пациент активно жалоб не предъявлял. При осмотре состояние удовлетворительное, склеры иктеричные, кожные покровы с «матовым оттенком», язык обложен, печень выступает на 0,5 см из подреберья. Больной госпитализирован с подозрением на вирусный гепатит.

При обследовании в стационаре установлено: общий билирубин – 64 мкмоль/л, связанный – не определяется, свободный - 64 мкмоль/л, АЛТ - 34 е/л, АСТ - 20 е/л, тимоловая проба - 5 ед.

1. Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
2. Поставьте и обоснуйте диагноз.
3. Укажите, какие дополнительные данные необходимы для уточнения диагноза.

Задача № 9. Больной Н., 18 лет, студент, обратился к отоларингологу поликлиники с жалобами на боль в горле при глотании, нарушение носового дыхания, неприятные ощущения в области шеи, повышение температуры до 37,4°C, которые появились три дня назад. При осмотре выявлена лакунарная ангина и увеличение передне- и заднешейных лимфатических узлов до 2 x 2,5 см. Одновременно отмечена иктеричность склер и потемнение мочи. Был госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит».

В отделении при более внимательном осмотре и изучении анамнеза было выяснено, что отмечал слабость, познабливание, потливость, повышение температуры уже в течение 10 дней. 3 дня назад усилилась боль в горле при глотании, температура повысилась до 38°C. Дважды обращался с этими жалобами к врачу студенческой поликлиники, по рекомендации которого принимал аспи-

рин, продолжал посещать занятия в институте. При осмотре в приемном отделении больницы объективно обнаружены: легкая желтушность кожи и слизистых, пастозность лица, полиаденит с преимущественным увеличением заднешейных лимфатических узлов, лакунарная ангина, увеличение печени и селезенки. Врач приемного покоя усомнился в диагнозе острого гепатита. Гемограмма: лейкоциты $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$; п/я-10 %; с/я – 20 %; лимф.-62 %; мон.-8 %; СОЭ-17 мм/час. Среди лимфоцитов 37 % атипичных мононуклеаров. Биохимический анализ крови: билирубин свободный - 85,5 мкмоль/л, связанный - 56,3 мкмоль/л, АЛТ – 433 е/л, АСТ – 358 е/л, ЩФ – 577 е/л.

1. Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
2. Поставьте диагноз.
3. План обследования больного.

Задача № 10. Больной Ш., 38 лет, работник мясокомбината, постоянно проживает в С-Петербурге, обратился в поликлинику 10.07 с жалобами на озноб, сильную головную боль, боли в икроножных мышцах. Заболел 3 дня назад остро с появления потрясающего озноба, головной боли, болей в пояснице, мышечных болей. Сегодня отметил темный цвет мочи и желтушность склер, а также усиление болей в пояснице, снижение диуреза (последний раз мочился необильно накануне вечером). Температура сохранялась 38,5-39°C.

Врач при осмотре отметил умеренную желтуху слизистых и кожи. Лицо одутловато, кровоизлияния в конъюнктивы. При пальпации икроножных мышц и спины отмечает умеренную боль. Суставы не изменены. Пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм.рт.ст. Печень пальпируется на 1.5-2 см ниже края реберной дуги. Кал окрашен, моча темная. Положительный симптом поколачивания по поясничной области с обеих сторон. Врачом заподозрена тяжелая форма вирусного гепатита.

1. Согласны ли Вы с этим диагнозом? Ваши предположения.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования и лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни печени и желчевыводящих путей./ Под ред. В.Т. Ивашкина. – М., 2005. – 536 с.
2. Блум С., Вебер Д. Справочник по гастроэнтерологии, гепатологии. М., 2010. – 592 с.
3. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение./ Под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. – М., 2011. – 864 с.
4. Герок В., Блюм Х.Е. Заболевания печени и желчевыделительной системы. – М., 2009. – 200 с.
5. Ивашкин В.Т., Широкова Е.Н. Холестаз. – М., 2012. – 176 с.
6. Инфекционные болезни. Национальное руководство + CD./ Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М., 2009. – 1200 с.
7. Казанцев А.П. и др. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. – М., 1999. – 482 с.
8. Подымова С.Д. Болезни печени. – М., 2005. – 768 с.
9. Практическая гепатология./ Под ред. Н.А. Мухина. – М., 2004. – 296 с.
10. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии. – СПб., 2005. – 864 с.
11. Руководство по инфекционным болезням./ Под ред. Ю.В. Лобзина и К.В. Жданова. – СПб., 2011.(в 2-х томах) – 664 и 744 с.
12. Справочник по гепатологии./Под ред. Н.А. Мухина. – М., 2009. – 416 с.
13. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и жёлчных путей. – М., 2002. – 864 с.
14. Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэддрей У.С. Болезни печени по Шиффу. Сосудистые, опухолевые, инфекционные и гранулематозные заболевания. – М., 2010. – 360 с.
15. Шувалова Е.П., Змушко Е.И. Синдромная диагностика инфекционных заболеваний. – СПб., 2001. – 311 с.

Валишин Дамир Асхатович
Кутуев Олег Ильдерханович
Хунафина Дина Халимовна
Бурганова Алена Наиповна
Хабелова Тамара Александровна
Шайхуллина Лиана Робертовна
Галиева Айгуль Тагировна
Сыртланова Гульнара Руслановна
Султанов Ризиф Сабирович

**Синдром желтухи
в клинике инфекционных болезней**

Учебное пособие для студентов,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г.
Подписано к печати 15.10.2014 г.
Отпечатано на ризографе с готового оригинал-макета,
представленного авторами.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл.-печ. л. 2,33.
Тираж 59 экз. Заказ № 03

450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3,
Тел.: (347) 272-86-31
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России