

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

КАФЕДРА: 1- ВОП

Зав.каф: доц. Жураева М. А.

РЕФЕРАТ

НА ТЕМУ: ЖЕЛТУХА

ВЫПОЛНИЛА: СТ.МАГИСТРАТУРЫ 2-ГО КУРСА

МУСАШАЙХОВА ШАХНОЗА

ПРОВЕРИЛА: ДОЦ. ДЖУМАБАЕВА С. Э.

ЖЕЛТУХА

ПЛАН:

1. Понятие желтухи.
2. Классификация.
3. Диагностика желтух.
4. Гепатиты .
5. Цирроз печени.
6. Список литературы.

Желтуха – желтухой называют состояние, сопровождающееся пожелтением склер и кожных покровов или повышением в сыворотке крови содержания билирубина более чем 20 мкмоль/литр.

Она появляется при повышенном уровне билирубина и производных его обмена в крови, проявляясь желтушностью видимых слизистых, кожных покровов, склер. В последующем желтушность распространяется на складках кожи, в частности вокруг рта и носа, ладоней, ступней и распространяется на всем теле.

Немаловажно отличать истинную желтуху от псевдожелтухи, то есть каротинемии. Псевдожелтуха появляется при обильном потреблении продуктов, богатых каротином и проявляется также пожелтением ладоней, ступней, распространяясь на все тело. Истинная желтуха , как говорилось выше появляется при повышении уровня билирубина в сыворотке крови и в последующем накоплением их в подкожном слое. По происхождению желтуха делится на надпеченочную- гемолитическую, внутripеченочную и подпеченочную – холестатическую

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛТУХ

Гемолиз или синдром Жильбера. Повышение уровня конъюгированного билирубина (повышенный уровень общего билирубина, оптимальный уровень билирубина).

Печеночная желтуха • Повышение уровня конъюгированного билирубина • Острая желтуха ♦ Острый вирусный гепатит ♦ Лекарственный гепатит ♦ Сердечная недостаточность по правожелудочковому типу♦ Послеоперационная желтуха ♦ Сепсис ♦ Парентеральное питание• Хроническая желтушность ♦ Алкогольный

гепатит ♦ Цирроз печени ♦ Аутоиммунный гепатит ♦ Хронический вирусный гепатит (гепатит С, гепатит В) ♦ Гепатома (гепатоцеллюлярная карцинома) ♦ Внутривенная холангиокарцинома ♦ Метастазы печени.

Подпеченочная желтуха • Камни желчных ходов • Холецистит • Карцинома поджелудочной железы • Холангиокарцинома внепеченочных ходов • Острый или хронический панкреатит • Спазм сфинктера Одди • Послеоперационные стриктуры желчных ходов.

Желтуха, вследствие гиперкаротинемии • Отсутствие желтушности склер • Функция печени в норме; для постановки диагноза достаточно собрать достоверный подробный анамнез и провести объективное обследование.

АНАМНЕЗ

- Продолжительность желтушности.
- Зуд (нарушение оттока желчи или вследствие внутривенного холестаза).
- Боли в животе (появляются при нарушенном оттоке желчи, а также при алкогольном гепатите).
- Холецистэктомия.
- Снижение аппетита (вирусный гепатит).
- Похудание (злокачественные опухоли).
- Поездки за границу, контакт с больными с желтухой, гемотрансфузия.
- Прием лекарственных препаратов.
- Употребление алкоголя;

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Боли в правом подреберье (холецистит).
- Размеры печени (увеличение печени – алкогольная или жировая дистрофия, гепатит, опухоль).
- При пальпации уплотнение печени.
- Печеночная недостаточность и признаки портальной гипертензии – сосудистые звездочки, эритема ладоней, гинекомастия, спленомегалия, асцит.
- При пальпации чувствительный желчный пузырь (карциномы поджелудочной железы).
- Следы инъекций.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- При обнаружении внезапно появившейся желтушности необходимо направить больного в стационар, так как, например, при продолжении желтушности подпеченочной этиологии более 3 недель уже могут произойти в организме органические изменения.
- УЗИ позволяет разграничить подпеченочную желтуху от внутripеченочной: при подпеченочной желтухе обычно обнаруживаются расширенные внутripеченочные желчные ходы. Можно определить камни желчного пузыря, холецистит, метастазы печени.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Общий анализ крови, билирубин и его фракции, АЛТ, щелочная фосфатаза, γ – глутамилтранспептидаза, амилазасыворотки крови и мочи, альбумин сыворотки крови, протромбиновое время, гепатит А по отношению к вирусу IgM –АТ, гепатит С к вирусу HBsAg АТ.

- Анализ.
 - ◆ Повышение уровня билирубина при нормальном уровне печеночных ферментов – если нет признаков гемолиза и показатель коньюгированного билирубина в норме, это состояние называется синдромом Жильбер (нормальный уровень гаптоглобина, лактатдегидрогеназы, ретикулоцитов).
 - ◆ При повышении уровня щелочной фосфатазы более 1000 Ед/л., следует подозревать подпеченочную желтуху.
 - ◆ При среднем уровне эритроцитов, увеличение уровня γ – глутамилтранспептидазы по отношению к щелочной фосфатазе, АСТ по отношению к АЛТ следует подозревать алкогольное поражение печени.
 - ◆ При снижении уровня концентрации альбумина в сыворотке и увеличении протромбинового времени следует думать о поражении паренхимы печени.

ДРУГИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эндоскопическая ретроградная холангиопакреатография – считается оптимальным методом, определяющим тип и место нахождения обструкции. Для устранения подпеченочной желтухи достаточно ликвидировать камни или установить стент на стриктуры.

При необходимости проводят доплеровское УЗИ (изменение кровотока печеночной или воротной вены или его отсутствие), КТ или ЯМР при острой необходимости (гемохроматоз, опухоли).

Биопсия печени – следствие хронического гепатита, определение его этиологии и тяжести течения (повышение уровня ферментов печени на протяжении более 6 месяцев).

НАДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ

Гемолитическая желтуха – это одна из видов анемий, при которой уменьшается время жизни эритроцита (в среднем 120 дней) вследствие снижения, осмотической резистентности и механической устойчивости. Гемолиз (распад эритроцитов) может быть как внутри сосудов, так и вне их (в печени, селезенке, костном мозге).

Водонерастворимая и не выделяющаяся с мочой фракция несвязанного билирубина, является токсичной для тканей организма. В некоторых случаях гемолитический криз может проявляться внезапно, проявляясь лихорадкой, и ремором, болями в спине и области живота, желтушностью, вследствие нарушения микроциркуляции шоковым состоянием, спленомегалией, гемоглобинурией.

Этиология. Гемолитическая анемия развивается вследствие внутриэритроцитарной (внутриклеточной) патологии или вследствие внешних причин (внеклеточной). Как правило внутренние причины бывают генетические, а вне - приобретенные.

● **Внеклеточные причины.** Патология со стороны сосудистого эпителия и внешнеэритроцитарной плазмы. Под воздействием токсических веществ или инфекционных агентов нарушается целостность стенки эритроцитов, что приводит к: (1) изменению синтеза АТ по отношению к измененному эритроциту, (2) гемолизу эритроцита ♦ Изоиммунные гемолитические анемии встречаются у новорожденных, вследствие гемолитической анемии; в эту группу можно внести гемолитические трансфузионные реакции ♦ Иногда патология сосудистого эндотелия (микроангиопатии) приводит к поражению эритроцитов ♦ Холодовая пароксизмальная гемоглобинурия ♦ Гемолиз может произойти под воздействием приема лекарственных препаратов – гаптенная гемолитическая анемия.

● **Внутриклеточные причины.** К внутриклеточной патологии эритроцитов относятся аномалии мембраны, Hb и ферментов. Эти патологии считаются наследственными (кроме ночной пароксизмальной гемоглобинурии) ♦ Патология мембран ✦ Наследственный сфероцитоз ✦ Наследственный эллиптоцитоз ✦ Ночная пароксизмальная гемоглобинурия ♦ Гемоглобинпатии (например, серповидно клеточная анемия). Известно более 300 заболеваний развивающихся в результате точечной мутации генов глобинов. Дефект молекулы глобина нарушает ее полимеризацию, в результате изменяется мембрана эритроцита, его форма и повышается предрасположенность к гемолизу ♦ Энзимопатии.

Некоторые гемолитические анемии развивающиеся в результате ферментативной недостаточности

● Анемия вследствие дефицита фермента Глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФД).

Недостаточность Глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФД);

● А вариант распространен среди афроамериканцев (быстро разрушающий фермент, половина жизненного времени - 13 кун) ● Средиземный вариант встречается среди греков и итальянцев (половина жизненного времени – несколько часов).

● Препаратов, способствующих проявлению способности оксидации при недостаточности Г-6-ФД А или средиземноморского варианта, по прошествии инкубационного периода 1-3 дня вызывают острый гемолитический. Следующее течение заболевания проходит по типу 2-х вариантов ♦ А вариант. Гемолиз первопоявившейся популяции эритроцитов. Гемолитик криз костного мозга разрешается при появлении новой популяции высокоактивного Г-6-ФД эритроцита ♦ Средиземноморской вариант. Гемолиз приводит к разрушению почти всех эритроцитов.

Ночная пароксизмальная гемоглобинурия – хронические заболевания, протекающие по типу гемолитической анемии и гемоглобинурии (по большей части ночью). Наблюдаются желтушность кожных покровов, иногда увеличение печени и селезенки, макроцитоз, анизоцитоз. Темная моча - характерно отсутствие эритроцитов. Степень повышения билирубина за счет неконъюгированной фракции. Редко встречается (на 1 млн. населения 2).

Диагностика: утренняя порция мочи черного оттенка, при добавления сахара к крови больного наблюдается гемолиз.

Наследственный микросфероцитоз – переходит по наследству по доминантному или рецессивному признаку. Основные признаки: желтушность, анемия, спленомегалия, присутствие в моче желчных пигментов. Во время криза показатель гемоглобина крови резко падает до 40-50 г,л.

Талассемия – наследственное заболевание, возникающее при нарушении синтеза гемоглобина, проявляется желтушностью, увеличением печени и селезенки, свободного билирубина, увеличением ретикулоцитов, морфологическим изменением эритроцитов. У больного во время гемолитического криза наблюдаются лихорадка, изменения в костном мозге, сидероз печени, иногда фиброз.

Аутоиммунная гемолитическая анемия – приобретенная гемолитическая анемия, характеризующаяся внутрисосудистым гемолизом, проявляющаяся желтушностью. Может быть как острой, так и хронической. Причинами этой анемии у 40% больных может быть неизвестной, у 60% вследствие основного заболевания. Это может быть лимфогранулематоз, лимфолейкоз, иммунокомплексные заболевания, язвенный колит, малярия, сепсис или токсоплазмоз. В крови обнаруживаются антитела, способствующие разрушению эритроцитов.

Клиника: артралгия, боли в животе, утомляемость, желтушность, увеличение селезенки и печени. Билирубин увеличивается на 40-60 мкмоль за счет неконъюгированной фракции. Наблюдаются ретикулоцитоз, макроцитоз, микроцитоз, снижение осмотической резистентности эритроцитов. При постановке диагноза большое значение имеют анамнестические данные (жизнь в Африке, Азии, Центральной Америке), повышение температуры тела, тремор, потливость.

Диагноз ставится при нахождении в мазке крови плазмодий (метод «жирной капли»). В крови повышается содержание свободного билирубина, АЛТ, АСТ.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА

Печеночная желтуха возникает вследствие поражения гепатоцитов, что ведет за собой нарушение функции захвата билирубина и регургитации. Причиной этого являются вирусные гепатиты, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусные

инфекции, лептоспироз, кишечный иерсиниоз, наследственный пигментный гепатоз, токсический гепатит, алкогольный гепатит и цирроз печени. Наиболее распространенным заболеванием, сопровождающимся желтушностью является вирусный гепатит.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

ГЕПАТИТ А

Являясь острым инфекционным заболеванием, входящим в группу антропонозов больше встречается у детей имеет сезонный характер.

Инкубационный период 15 – 50 дней.

Пути передачи: фекально-оральный.

Клинические проявления

- Острое начало.
- По большей части клинические проявления в легкой форме, тяжелые формы проявляются редко.
- Начало с резкого подъема температуры до высоких цифр.
- Преджелтушный период короткий, 4-5 дней, чаще всего проявляется диспептическими явлениями. В конце этого периода наблюдается потемнение мочи и ахоличный кал.
- Желтушный период состояние больного не утяжеляет, течение легкое продолжительность короткая, сопровождается сонливостью, снижением аппетита, тяжестью и незначительными болями в правом подреберье. Продолжительность этого периода составляет 7-15 дней.

Лабораторное обследование

Повышение АСТ и АЛТ в сыворотке крови.

Диагноз ставится при нахождении принадлежащего классу IgM АТ. Прежде чем начинать профилактику гаммаглобулином, следует определить уровень АТ, принадлежащего классу IgG. (его присутствие говорит о перенесенной ранее инфекции, и наличии иммунитета по отношению к АТ).

Заразительность

Через 1 неделю, после проявления желтушности вирус не выделяется с испражнениями.

- Не бывает постоянного вирусоносительства.

- Болезнь проходит спонтанно, без специального лечения
- Каждую неделю следует проверять активность АЛТ в сыворотке крови.

ГЕПАТИТ В

ВГВ больше встречается у людей свыше 40 летнего возраста. Заболевание протекает остро или хронически, заражение происходит через кровь и её производные: слюну, слезы и выделения. В группу риска входят хирурги, стоматологи, гинекологи, работники лабораторий, работающих с кровью, наркоманы. Клинические проявления наступают после наступления желтушности. Преджелтушный период продолжается 2 недели. После наступления желтухи, состояние больного улучшается.

Инкубационный период - 1 – 6 месяцев.

Пути заражения

- Парентеральный (препараты крови, наркотики).
- Половой.
- Вертикальный (перинатальный).

Клиническая картина

- В отличие от гепатита А заболевание начинается постепенно.
- В последствии присоединяется поражение суставов.
- Поражение кожи.
- В отличие от гепатита А активность трансаминаз увеличивается постепенно.

Лабораторная диагностика

- Повышение активности АЛТ и АСТ .
- Окончательный диагноз ставится после нахождения в крови HbsAg.
- HBeAg определяется для дачи оценки степени заразительности данным заболеванием. Если он отрицательный, это говорит о наличии хронического гепатита, в этом случае вирус заражает очень и быстро и длительно находится в состоянии репликации. В зараженной мутантными штаммами вируса не бывает HBeAg.

Течение заболевания и наблюдение

- Во многих случаях заболевание протекает спонтанно.
- В активной фазе заболевания следует определять активность АЛТ в крови, пока она не снизится.

- Спустя 3 месяца после начала заболевания следует определить HBsAg в крови

ГЕПАТИТ С

- Считается распространенным заболеванием во многих странах.
- Во многих случаях заражение гепатитом С происходит после переливания зараженной вирусом крови. Примерно 500 млн. человек считаются носителями вируса гепатита С.

Для ВГС характерно безжелтушное течение; Желтушность встречается в 14-37% случаев. Заболевание начинается очень медленно. В преджелтушный период симптомы интоксикации почти не проявляются. Продолжительность этого периода составляет 10-20 дней (иногда больше 14 дней) и проявляется повышением уровня активных трансаминаз. Несмотря на почти бессимптомное течение заболевания, оно может иметь злокачественный характер.

Инкубационный период 20 – 120 дней.

Пути передачи

- Так же как и гепатит В передается парентеральным путем, но в отличие от него активность вируса на много ниже. Заболевание возникает чаще всего при внутривенном приеме наркотиков, а также накалывания татуировок.
- Ранее гепатит С не определялся ввиду того, что в клинической практике не было вирусологических методов исследования, а также вследствие того, что этот вид гепатита развивается после переливания крови.

Клиническая картина

- Клинические признаки скудные. В 25 % случаев наблюдается желтушность (У вирусного гепатита В в 50 %). В большинстве случаев протекает бессимптомно.
- При хроническом гепатите С наблюдается не связанные с печенью эссенциальная криоглобулинемия, гломерулонефрит, аутоиммунный тиреоидит, Шёгреновый синдром, ночная порфирия кожных покровов.

Лабораторная диагностика

- При диагностике гепатита С не всегда обращают внимание на изменение активности трансаминаз, они могут повышаться и понижаться независимо от клиники . В сыворотке крови активность АЛТ и АСТ в редких случаях превышает 800 ТБ/л.
- Диагноз гепатита С ставится при нахождении в крови противовирусного АТ

- ◆ АТ можно обнаружить через 4-6 месяцев после заражения и через 2-4 месяца после клинических проявлений заболевания.
- ◆ Обычно ПЗР – HCV бывает отрицательно после появления клинических признаков.

Течение и наблюдение

- Активная фаза течения заболевания в отличие от гепатита В проходит в легкой форме. Но в 70 – 80 % случаев переходит в хроническую форму.
- В активную фазу не обязательно проводить исследование трансаминаз, так как оно неинформативно (может повышаться или понижаться независимо от течения).
- Хронический гепатит развивается после 13 лет после перенесенной инфекции, после 21 года развивается цирроз, после 28 лет - гепатоцеллюлярная карцинома. У некоторых больных (20 – 25 %) цирроз развивается уже через 5 – 7,5 лет после начала заболевания.

ГЕПАТИТ Д

Начинается остро с повышения температуры до 38-39⁰, признаков общей интоксикации. Желтушный период продолжается 2-3 дня. После появления желтушности состояние больного отягощается, наблюдается геморрагический синдром, увеличение печени и селезенки. Клиническая картина развивается очень быстро, за короткий срок больной впадает в кому, на 2-3 день больной умирает.

- Вирусным гепатитом Д больше заболевают люди, являющиеся вирусоносителями гепатита В. Гепатит Д считается супер или Ко инфекцией гепатита В.
- Больше всего встречается у наркоманов, принимающих наркотики внутривенно.
- Лечение α – интерфероном малоэффективно.

ГЕПАТИТ Е

Заболевание начинается очень медленно. Желтушный период протекает 1-9 дней, в большинстве случаев 3-4 дня. В этот период наблюдается у больного слабость, общее недомогание, подташнивание, рвота. Температура иногда поднимается до 38⁰С. В осложненных случаях желтушный период продолжается 1-3 недели, одновременно проявляясь потемнением мочи, ахоличностью кала, желтушностью кожных покровов и склер, увеличением печени, гипербилирубинемией,

увеличением активности трансаминаз. В отличие от ВГА при появлении желтушности признаки интоксикации не убавляются.

- Заболевание по проявлению схоже с гепатитом А, встречается в развитых странах.
- В общей практике специального метода исследования нет, нахождение в крови антитела класса иммуноглобулина IgM может облегчить диагностику.
- Гепатит Е можно заподозрить у людей, приехавших из развитых стран. Гепатит Е передается фекально – оральным путем. Серологические маркеры гепатита А отрицательны.
- При беременности гепатит Е протекает злокачественно и в 90 % случаев приводит к смерти.
- Лечение и наблюдение подобно гепатиту А.

Критерии дифференциальной диагностики желтушного симптома

Заболевания	Критерии диагностики
Вирусный гепатит	-преджелтушные и желтушные период (длительность, тяжесть течения) -признаки печеночной недостаточности в желтушный период -лейкопения, лимфоцитоз - маркеры вирусов А, Б, С, Д, Е
Лептоспироз	-ренальный синдром -геморрагический синдром -серологическое обследование -нейтрофильный лейкоцитоз
Инфекционный мононуклеоз	- боли в горле (ангина) -полиаденопатия -спленомегалия -моноцитозный лейкоцитоз -атипический мононуклеоз

	- отрицательные серологические пробы
Иерсиниоз	-скарлатиноподобный тип - синдром артралгии - гастралгический синдром -септический тип - обнаружение возбудителя бактериологическим методом - отрицательные серологические пробы

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Цирроз – это патологическое состояние, характеризующееся разрастанием соединительной ткани в печени, вследствие некроза гепатоцитов и появлением псевдодолек.

При циррозе печени происходит смена клеток и соединительной ткани. В зависимости от активности процесса, заболевание протекает с нарушением функции печени, портальной гипертензией.

Этиология

Алкогольный гепатит ♦ Заранее развитие цирроза нельзя предугадать. В отличие от мужчин у женщин встречается чаще.

♦ Лечение алкогольного гепатита у больного можно начинать после прекращения приема алкоголя.

- Хронические иммунные заболевания печени ♦ Хронический аутоиммунный гепатит ♦ Первичный билиарный цирроз ♦ Склерозирующий холангит.
- Хронический вирусный гепатит ♦ Вирусный гепатит В ♦ Вирусный гепатит С.
- Заболевания нарушенного обмена ♦ Гемохроматоз ♦ недостаточность α_1 - антитрипсина ♦ Болезнь Коновалова - Уилсона.
- А также дополнительные факторы (коинфекция, инфекция и алкоголь)

Диагностика

- В начальных стадиях течение бессимптомно.

- Быстрая утомляемость, зуд кожных покровов, желтушность и увеличение живота – поздние признаки заболевания, связанные с основной патологией
- Развитию алкогольного цирроза предшествует длительное (более 10 лет) употребление алкоголя (у мужчин в день 60 мг, женщин 40 мг.).
- Диагноз - Алкогольный цирроз можно поставить только после биопсионного обследования.
- Жировая печеночная дистрофия. Жировая трансформация и перивенулярный фиброз в свою очередь приводит к циррозу печени

Признаки, подтверждающие цирроз печени

- Увеличение и уплотнение печени.
- Увеличение селезенки.
- На лице и верхней части грудной клетки наличие «сосудистых звездочек».
- Пальмарная эритема.
- Гинекомастия и атрофия придатков.
- Расширение вен в области живота.
- Асцит.
- Желтушность.

Лабораторное обследование

- При подозрении на патологию печени в первую очередь необходимо обследование общего анализа крови, в частности СОЭ, АЛТ, щелочной фосфатазы, g-глутамилтранспептидов, билирубина, протромбинового индекса, альбумина, калия, натрия и креатинина.
- Для определения этиологии необходимо выявить наличие Hb_s Ag, С противовирусного АТ, противогладкомышечного АТ, митохондриального АТ, АНАТ, степень IgG, IgA, IgM в сыворотке крови, железа и трансферрина, α₁ – антитрипсина, церулоплазмينا.

Ультразвуковое обследование

- Дает признаки наличия жировой дистрофии, но не всегда.
- Наличие увеличения селезенки, портальной гипертензии (расширение вен).
- Наличие асцита даже в небольших количествах

Биопсия печени

- Единственный надежный метод определения наличия цирроза печени. Позволяет обнаружить наличие регенеративных узелков и перетяжек соединительной ткани.
- Биопсия печени проводится только при определенных коагуляционных показателях [ХММ меньше 1,3 (или протромбиновый индекс <60%)].

ПОДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА

Диагностические признаки	Вирусный гепатит	Механическая желтуха
Преджелтушный период	Свойственно	Не свойственно
Повышение температуры в преджелтушный период	Во многих случаях	Иногда
Тошнота в преджелтушный	Свойственно	Не свойственно
Рвота в преджелтушный период	Может быть	В некоторых случаях
Тошнота в желтушный период	Свойственно	Иногда
Рвота в желтушный период	Может быть	Иногда
Зуд кожных покровов	Может быть в короткий срок	Свойственно длительное время
Снижение массы тела	Иногда	Во многих случаях
Анорексия	Во многих случаях	Иногда
Ахоличность кала	Во многих случаях, проходящее	Почти всегда , постоянно
Увеличение печени	Свойственно, в дальнейшем приходит в норму	Постоянно
Увеличение селезенки	Почти 30%	Иногда
Увеличение желчного	В некоторых случаях	Во многих случаях

пузыря		
Гипотония	Во многих случаях	Иногда
Брадикардия	Во многих случаях	Иногда

ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Факторы риска: ● Возраст ● Принадлежность к женскому полу ● Наследственная предрасположенность. ● Ожирение ● Беременность ● Сопутствующие заболевания ● Достаточное парентеральное питание.

Клиническая картина

- У больных при латентном течении клинические признаки не проявляются.
- При других стадиях заболевания могут проявляться следующие признаки:
- ◆ Давящие боли различной силы в эпигастральной области и/или в области правого подреберья, различные диспептические нарушения. При этих проявлениях необходимо исключить другие заболевания, способствующие подобным проявлениям;
- ◆ Колющие боли в области правого подреберья, отдающие в спину правую подлопаточную область. Продолжительность боли более чем 6 часов. Присоединение воспалительных признаков местного и общего характера, наряду с основными признаками, помогают подтвердить диагноз.

Диагностика

- Основным методом обследования является УЗИ. Диагностичность его составляет 90%. При неосложненном течении особое значение имеет размер и число камней и утолщенность стенок желчного пузыря; при осложненном течении – немаловажны признаки отключенного пузыря (его увеличение), воспаление острого характера (отечность стенки пузыря) общие признаки воспаления пузыря (наличие в полости конкрементов или увеличение его размера более чем на 8 мм.). В большинстве случаев определяются осадок (сладж) в желчном пузыре (сладж). Иногда он бывает преходящим, например на голодный желудок, тогда требуется наблюдение в динамике
- ЭФГДС- оценить состояние желудка и двенадцатиперстной кишки и при подозрении на холедохолитиаз, исследовать большой сосок 12-типерстной кишки.
- Эндоскопически ретроградная холангиопанкреатография – считается информативным методом изучения состояния внепеченочных желчных ходов при

подозрении на камень и для исключения других факторов, способствующих механической желтухе

- прямой рентгеноконтрастный метод при помощи УЗИ или КТ – для определения степени закупорки желчных путей и причины механической желтухи.
- Холецистография – рентгенологическое исследование, применяемое при планировании растворения камней.
- Биохимическое исследование – увеличение активности АЛТ и щелочной фосфатазы, билирубина.
- Общие лабораторные исследования – принимая во внимание изменения в крови воспалительного характера (Сыворотка крови - С-реактивный белок, количество лейкоцитов в периферической крови и СОЭ) оценивается тяжесть течения холецистита.

Осложнения:

- Острый холецистит: наряду с общими местными признаками воспаления, длительность приступа, увеличение показателей острой фазы воспаления. В начале заболевания не всегда увеличиваются показатели активности АЛТ и щелочной фосфатазы
- Острый холангит (высокая температура тела, боль и желтушность).
- Холедохолитиаз – общие признаки наличия камней, расширенные желчные ходы, желтушность
- Острый панкреатит – характеризуется болями в поясничной области, увеличением содержания в крови и моче амилазы.
- Механическая желтуха – появление желтушности кожных покровов и склер, увеличение билирубина в крови, желчных пигментов в моче. Увеличение желчного пузыря при обтурационном холецистите, отек головки поджелудочной железы при панкреатите может быть причиной механической желтухи.
- Карцинома желчного пузыря.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Огороков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов» в 4-х томах. Москва. Медицинская литература. 2005г.
2. Огороков А.Н. «Диагностика болезней внутренних органов» в 4-х томах. Москва. Медицинская литература. 2005г.

- 3.
4. Чиркин А.А., Окороков А.Н., Гончарик И.И. «Диагностический справочник терапевта» Беларусь.
5. Комаров Ф.И. Кукес В.Г., Сметнев А.С. «Внутренние болезни» М. Медицина, 2003г.
6. Машковский «Лекарственные средства» 2005 г.
7. Хеглин Р «Дифференциальная диагностика внутренних болезней» Медицина 2000 г.
8. Ллойд М. Найхус. Джозеф М.Вителло, Роберт Э. Конден. «Боль в животе».Москва, 2000 г.
9. Питер Р. Мак Нелли «Секреты гастроэнтерологии». Москва Санкт-Петербург, 2001 г.
10. Даминов Т.О., Гадоев А.Г и др. «Современные методы обучения и контроля знаний в подготовке врача общей практики». Ташкент, 2002 г.
- 12.Шулутко Б.И., Макаренко С.В. «Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней» 5-е издание 2009г.

WWW сайты

WWW. Primamedica. Ru

WWW. Gastritam. Net

WWW. Gastroscan. Ru