

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
РЕЦЕНЗИЯ	8
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	11
ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: пациент с желтухой на амбулаторном приеме у терапевта	14
ЖЕЛТУХА: ЧТО МЫ ЗНАЕМ О НЕЙ СЕГОДНЯ?	20
КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛТУХ	45
Клинические симптомы и синдромы, сопровождающие желтуху.	54
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЖЕЛТУХОЙ.	64
Надпеченочная желтуха	64
Основные причины возникновения надпеченочной желтухи	64
Печеночная желтуха	73
Синдром желтухи в терапевтической практике.	127
Подпеченочная (механическая) желтуха	147

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛТУХИ.	174
Анализ жалоб пациента с желтухой	174
Сбор анамнеза	176
Физикальное обследование	190
Лабораторная и инструментальная диагностика . . .	198
Значение отдельных лабораторных показателей для диагностики желтух	204
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ	212
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ЖЕЛТУХОЙ	224
Немедикаментозная терапия	224
Медикаментозное лечение.	225
Особенности лечения желтухи при синдроме Жильбера	235
Особенности лечения желтухи при алкогольной болезни печени.	236
Особенности лечения желтухи при лекарственных поражениях печени (ЛПП)	238
Хирургические методы лечения	240
Профилактика	240
ПОСЛЕСЛОВИЕ	243
ПРИЛОЖЕНИЯ.	246
Приложение 1	246
Приложение 2	247
ЛИТЕРАТУРА.	248

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что в основе синдрома желтухи лежит избыточное поступление в кровь пигмента билирубина. Описано более 400 заболеваний, связанных с нарушением пигментного обмена, включающих болезни крови, печени, желчевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, инфекционную патологию и другие причины.

Желтуха всегда представляет собой синдром и не является болезнью. Однако еще совсем недавно, до начала XIX века, желтуху считали самостоятельным заболеванием. Под этим наименованием был известен вирусный гепатит А. Заболевание носило массовый характер и часто поражало военнослужащих, так как военные формирования не отличались высоким уровнем соблюдения санитарных норм.

До настоящего времени в связи со сложностью дифференциальной диагностики желтух

на догоспитальном этапе врачи очень часто ошибочно ставят диагноз вирусного гепатита и направляют больного в инфекционный стационар. Несмотря на то что процент гипердиагностики инфекционной патологии составляет от 30 до 40%, такая маршрутизация наиболее оправданна. Это объясняется большими возможностями лабораторной диагностики и подготовленностью персонала. Однако появление желтухи у неинфекционных больных является серьезным признаком заболевания. Так, при нераспознанной хирургической патологии затягивание сроков выполнения декомпрессии желчных протоков очень негативно сказывается на состоянии пациентов, так как длительное пребывание в состоянии желтухи приводит к необратимым изменениям в органах и системах. Прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности является самой частой причиной летальных исходов у такой категории больных.

С другой стороны, когда в хирургические стационары попадают пациенты с гепатитами различной, в том числе инфекционной этиологии или другими видами желтухи нехирургического происхождения, у ошибочной госпитализации часто бывают отрицательные

последствия, связанные с нарушениями противозидемического режима и неверной тактикой ведения таких больных.

Именно поэтому мы надеемся, что наше руководство послужит наглядным пособием для амбулаторных врачей, поможет улучшить диагностику причин появления желтухи и своевременно начать лечение основного заболевания у пациентов с этим синдромом.

Авторы приносят благодарность врачам всех отделений терапевтического профиля ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗ Москвы, а также сотрудникам кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова и РОО «Амбулаторный врач» за неоценимую помощь в подготовке настоящей книги.

РЕЦЕНЗИЯ

Настоящее руководство является составной частью проекта «Инфекционист — терапевту». Инфекционные заболевания различного генеза составляют немалую долю обращений пациентов за медицинской помощью в первичное звено, специалисты которого должны быть компетентны в адекватном ведении таких больных. Концепция серии научно-образовательных вебинаров «Инфекционист — терапевту» представляет собой экспертные диалоги между терапевтом и инфекционистом, по ходу которых обсуждаются вопросы профилактики, диагностики и лечения наиболее распространенных в общей врачебной практике инфекционных заболеваний с акцентом на максимально раннее их выявление. По завершении каждого вебинара, посвященного той или иной патологии инфекционного генеза, для врачей первичного звена

формулируются показания как для привлечения инфекциониста к лечебно-диагностическому процессу, так и для неотложной госпитализации пациентов в инфекционный стационар.

Лечение желтухи, к слову, следует проводить только в стационаре, где все лечебные и диагностические мероприятия должны быть направлены на разрешение этого синдрома и лечение основного заболевания. Врачи амбулаторных служб ставят предварительный диагноз, чтобы обеспечить грамотную маршрутизацию в инфекционный, хирургический или терапевтический стационар. Часто это сопряжено с определенными объективными трудностями. Однако следует помнить, что своевременная диагностика во многом улучшает прогноз, так как продолжительность синдрома желтухи и смертность — взаимосвязанные параметры.

Предлагаемая вашему вниманию книга уже 30-я в серии «Амбулаторный прием» и является результатом совместного труда сотрудников кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова под руководством проф. А.Л. Верткина. Как и в других книгах этой серии, посвященным социально значимым заболеваниям, с которыми пациенты часто обращаются

в поликлинику, в настоящем руководстве систематизированы знания о различных причинах возникновения желтухи, сопутствующих ей симптомах и синдромах при различных заболеваниях и патологических состояниях, акцентировано внимание на деталях осмотра, изложены показания к проведению диагностических процедур, помогающих постановке диагноза.

Не сомневаюсь, что эта книга займет достойное место среди руководств для непрерывного медицинского образования врачей как амбулаторно-поликлинического звена, так и стационаров, а также студентов, клинических ординаторов и аспирантов, преподавателей медицинских вузов.

Президент и заведующий кафедрой
инфекционных болезней и эпидемиологии
Московского государственного
медико-стоматологического университета
им. А.И. Евдокимова
академик РАН
Н.Д. Ющук

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АБП	—	алкогольная болезнь печени
АД	—	артериальное давление
АЛТ	—	аланинаминотрансфераза
АСТ	—	аспарагинаминотрансфераза
АПФ	—	ангиотензинпревращающий фермент
АФП	—	альфа-фетопротеин
БОМЖ	—	без определенного места жительства
ВГА	—	вирус гепатита А
ВГВ	—	вирус гепатита В
ВГС	—	вирус гепатита С
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
ВПГ	—	вирус простого герпеса
ВПН	—	верхний предел нормы
ВЭБ	—	вирус Эпштейна-Барр
ГТПП	—	гамма-глутамилтранспептидаза
ГЛС	—	гепатолиенальный синдром
ГКС	—	глюкокортикостероиды
ГРС	—	гепаторенальный синдром

- ГЦК — гепатоцеллюлярная карцинома
ДВС — синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
ДЗ — Департамент здравоохранения
ЖКБ — желчнокаменная болезнь
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
КТ — компьютерная томография
ЛАП — лейцинаминопептидаза
ЛЖ — левый желудочек
ЛПП — лекарственные поражения печени
МКБ — Международная классификация болезней
МСУ — средний объем эритроцитов
МНО — международное нормализованное отношение
МРТ — магнитно-резонансная томография
МРПХГ — магнитно-резонансная панкреатохолангиография
НПВС — нестероидные противовоспалительные средства
ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения
ОРИТ — отделение реанимации и интенсивной терапии
ПИКС — постинфарктный кардиосклероз
ПСХ — первичный склерозирующий холангит
ПЦР — полимеразная цепная реакция
РЭС — ретикулоэндотелиальная система
РАЛ — реакция агглютинации и лизиса

РФ	— Российская Федерация
СМП	— скорая медицинская помощь
СН	— сердечная недостаточность
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
СРБ	— С-реактивный белок
SpO ₂	— сатурация кислородом артериальной крови
ТВС	— туберкулез
ТЭЛА	— тромбоэмболия легочной артерии
УДХК	— урсодезоксихолевая кислота
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ХАИ	— хроническая алкогольная интоксикация
ХБП	— хроническая болезнь почек
ЧДД	— частота дыхательных движений
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЦНС	— центральная нервная система
ЦП	— цирроз печени
ЩФ	— щелочная фосфатаза
ЭГДС	— эзофагогастродуоденоскопия
ЭПТ	— эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРХПГ	— эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
ЭФЛ	— эссенциальные фосфолипиды
HAV	— вирус гепатита А
HBV	— вирус гепатита В
HCV	— вирус гепатита С
HDV	— вирус гепатита D
HEV	— вирус гепатита E

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: пациент с желтухой на амбулаторном приеме у терапевта

Пациент К., 82 лет, обратился в поликлинику с жалобами на выраженную слабость, головокружение, желтушность кожных покровов, постепенно прогрессировавшие в течение месяца. Накануне госпитализации — кратковременная потеря сознания в метро, что наконец заставило пациента обратиться за медицинской помощью.

Врач поликлиники при осмотре выявил желтушность кожных покровов, вызвал бригаду СМП и с предварительным диагнозом: «Механическая желтуха» направил пациента в многопрофильный стационар.

В приемном отделении больной был осмотрен хирургом, состояние расценено как тяжелое. Для дальнейшего обследования и лечения пациент был госпитализирован в ОРИТ.

Anamnesis morbi:

Сбор анамнеза затруднен в связи с тяжестью состояния и когнитивными расстройствами.

Anamnesis vitae:

Удалось выяснить, что у больного имеется многолетняя артериальная гипертензия: редкие эпизоды повышения АД с максимумом до 150/90 мм рт. ст. Постоянно гипотензивную терапию не получает. Сахарный диабет отрицает. Стационарно по поводу инфаркта миокарда и ОНМК не лечился. Пенсионер. Вредных привычек нет.

Эпидемиологический анамнез:

В течение последних 6 месяцев из Москвы не выезжал.

При обследовании:

В анализе крови:

Гемоглобин — 52 г/л; эритроциты — $1,29 \cdot 10^{12}/л$; средний объем эритроцита — 126,2 фл; тромбоциты — $54^9/л$; лейкоциты — $2,2 \cdot 10^9/л$; лимфоциты — 15,2%; моноциты — 3,2%; нейтрофилы — 80,4%; эозинофилы — 0,6%; базофилы — 0,6%; СОЭ — 18 мм/ч; глюкоза крови — 5,0 ммоль/л; креатинин — 84 мкмоль/л; скорость клубочковой фильтрации — 74,32 мл/мин; общий белок — 55 г/л; билирубин общий — 65 мкмоль/л; прямой — 9 мкмоль/л; непрямой — 56 мкмоль/л; АЛТ — 20 МЕ/л; АСТ — 32 МЕ/л.

В анализе мочи: уд. вес — 1020, белок — 0,3, лейкоциты — 1–2, эритроциты — 1–2.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 110 в мин. Очаговых изменений нет.

При ЭГДС: атрофический гастрит.

При УЗИ: хронический калькулезный холецистит. Диффузные изменения поджелудочной железы и печени.

Рентгенологически: склероз аорты.

Для исключения наличия конкрементов в желчевыводящих путях выполнена МРПХГ: внутрипеченочные протоки не расширены. Холедох прослеживается, не расширен (d до 7 мм). Стенки не утолщены, внутрипросветных образований не отмечается. Желчный пузырь средних размеров, стенки его не утолщены до 2,5 мм. В просвете его в области дна (4 мм), шейки (4,5 мм) определяются мелкие конкременты. Пузырный проток частично визуализируется размером до 2 мм. Вирсунгов проток не расширен.

Заключение: МР-картина калькулезного холецистита. Данных за билиарную гипертензию и холедохолитиаз не получено.

Для исключения злокачественного новообразования кишечника хирургами было запланировано проведение колоноскопии, от выполнения которой пациент отказался.