

РЕЦЕНЗИЯ
на реферат Захарова Максима Николаевича
ординатора кафедры Поликлинической терапии
и семейной медицины с курсом ПО
по специальности Терапия
тема: «Желтухи»

Автор в реферате четко дал представление о **желтухе как** симптоме различных заболеваний: окрашивание в жёлтый цвет слизистых оболочек, склер и кожи, обусловленное отложением в них жёлчных пигментов. Дал классификацию:

- Надпечёночная.
- Печёночная (печёночноклеточная).
- Подпечёночная (механическая).

Отмечено что Существует четыре основных механизма развития желтухи:

- повышение образования непрямого билирубина (гемолиз);
- нарушение захвата непрямого билирубина гепатоцитами и его транспорта внутри гепатоцита;
- нарушение процесса конъюгации непрямого билирубина в гепатоцитах;
- нарушение экскреции прямого билирубина из гепатоцита в жёлчный капилляр или обструкция на уровне более крупных желчевыводящих путей.

Что замечательно, автор дает классификацию желтух по Международной классификации болезней X пересмотра. Четко охарактеризовал этиологию и патогенез. Особенности клинического проявления, диагностики, инструментальных методов исследования. При этом автор отметил, что лечение определяется этиологией заболевания, вызвавшего желтуху. Механическая желтуха — показание к срочной госпитализации.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения по специальности «Терапия»

№	Оценочные критерии	Положит./ Отриц.
1.	Структурированность	+
2.	Наличие орфографических ошибок	+
3.	Соответствие текста реферата теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Круг использования известных научных источников	+
9.	Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: *отл.*

Дата

22.02.2020

Подпись рецензента

Подпись ординатора

ФГБОУ ВО « Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого» МЗ России

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

РЕФЕРАТ

ЖЕЛТУХИ



Выполнил
ординатор
Захаров М.Н.

Красноярск 2020

Желтуха — симптом различных заболеваний: окрашивание в жёлтый цвет слизистых оболочек, склер и кожи, обусловленное отложением в них жёлчных пигментов.

МКБ-10

- P58 Неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом
- P59 Неонатальная желтуха, обусловленная другими и неуточнёнными причинами
- D58 Другие наследственные гемолитические анемии
- D59 Приобретённая гемолитическая анемия
- A27.0 Лептоспироз желтушно-геморрагический
- E80 Нарушения обмена порфирина и билирубина
- P55 Гемолитическая болезнь плода и новорождённого
- B15 Острый гепатит А
- B16 Острый гепатит В
- B17 Другие острые вирусные гепатиты
- B18 Хронический вирусный гепатит
- B19 Вирусный гепатит неуточнённый.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Надпечёночная.
- Печёночная (печёночноклеточная).
- Подпечёночная (механическая).

ЭТИОЛОГИЯ

- Надпечёночная желтуха обусловлена усиленным гемолизом эритроцитов.
 - ◇ Отравления веществами, вызывающими гемолиз (например, змеиным ядом, сульфаниламидами, мышьяковистым водородом).
 - ◇ Переливание несовместимой крови.
 - ◇ Крупные гематомы.
 - ◇ Гемолитическая болезнь новорождённых.
 - ◇ Аутоиммунная гемолитическая анемия.
 - ◇ Наследственные гемолитические анемии (микросфероцитарная анемия Минковского–Шоффара, серповидноклеточная анемия, талассемия и т.д.).
- Печёночная желтуха бывает цитолитической, холестатической и ферментативной.
 - ◇ Повреждение гепатоцитов: инфекционный, токсический (ЛС, алкоголь) гепатит, цирроз печени.
 - ◇ Печёночная желтуха может быть наследственной (синдром Дубина–Джонсона, синдром Криглера–Найяра I и II типов, синдром Жильбера–Мейленграхта).
- Подпечёночная желтуха развивается при наличии препятствия оттоку жёлчи в двенадцатиперстную кишку.
 - ◇ Камни в жёлчных путях.
 - ◇ Рак желчевыводящих путей и рак головки поджелудочной железы.
 - ◇ Паразитарные поражения печени.
 - ◇ Атрезии желчевыводящих путей.

ПАТОГЕНЕЗ

Все виды желтух объединены одним признаком — гипербилирубинемией, от которой зависит яркость окраски кожи: от светло-лимонного оттенка до оранжево-жёлтого и зелёного или

оливково-жёлтого цвета Пожелтение кожи и склер начинается при концентрации билирубина более 26 ммоль/л. Пропитывание кожи пигментом требует времени: при экспериментальной перевязке общего жёлчного протока гипербилирубинемия нарастает через 24 ч, но кожа окрашивается лишь 5–8 дней спустя.

Существует четыре основных механизма развития желтухи:

- повышение образования непрямого билирубина (гемолиз);
- нарушение захвата непрямого билирубина гепатоцитами и его транспорта внутри гепатоцита;
- нарушение процесса конъюгации непрямого билирубина в гепатоцитах;
- нарушение экскреции прямого билирубина из гепатоцита в жёлчный капилляр или обструкция на уровне более крупных желчевыводящих путей.

Гемолиз. Концентрация непрямого билирубина в сыворотке крови повышена умеренно (обычно в 2–3 раза), так как функции печени не нарушены. Кал окрашен очень интенсивно (образуется много прямого билирубина, и он выводится в жёлчь). В моче повышена концентрация уробилина (уробилиноген в большом количестве всасывается через прямокишечные вены и фильтруется в мочу).

Гепатиты. В сыворотке крови повышена концентрация непрямого (нарушение захвата, транспорта и конъюгации) и прямого (нарушение экскреции, разрушение гепатоцитов, нарушение оттока вследствие сдавливания жёлчных протоков в портальных трактах воспалительными инфильтратами) билирубина. В большинстве случаев в большей степени повышена концентрация прямого билирубина (внутрипечёночный холестаза). Кал обычно обесцвечен, но может быть и не изменён. Моча тёмная за счёт прямого билирубина (фильтруется в мочу) и уробилиногена (не разрушается в печени, поступает в системный кровоток и фильтруется в мочу).

Внепечёночный холестаза. В сыворотке крови повышена концентрация прямого билирубина. Кал обесцвечен. Моча тёмная (за счёт фильтрации в мочу прямого билирубина), уробилин в моче отсутствует (так как прямой билирубин не поступает в кишечник).

Изолированные нарушения конъюгации или экскреции билирубина характерны для наследственных синдромов.

ДИАГНОСТИКА

Обращают внимание на:

- контакт с больными инфекционными гепатитами, пребывание в эндемичных по гепатитам регионах в течение последних 2 мес, парентеральные вмешательства, введение наркотиков, случайные половые связи в течение последних 6 мес;
- работу с гепатотоксичными веществами;
- злоупотребление алкоголем;
- лечение гепатотоксичными препаратами;
- печёночную колику, желчнокаменную болезнь;
- ухудшение общего состояния, уменьшение массы тела.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Начало заболевания: с продромального периода (синдром интоксикации, тошнота, рвота, диспепсия — при инфекционных гепатитах), после жёлчной колики (при желчнокаменной болезни), постепенное (при опухолях), после инфекции или переохлаждения (при гемолитических анемиях). Желтуха при гемолизе неяркая, больной скорее бледен, чем желтушен, при обструкции желтуха с зелёным оттенком, при гепатитах — с оранжевым (при холестатических формах — с зелёным).

- Надпечёночная желтуха:

- ✧ спленомегалия преобладает над увеличением печени;
- ✧ интенсивная окраска кала;
- ✧ проявления анемии.
- Печёночная желтуха:
 - ✧ увеличение и уплотнение печени с начала заболевания;
 - ✧ возможен кожный зуд;
 - ✧ селезёнка иногда увеличена;
 - ✧ при тяжёлых формах могут быть проявления геморрагического синдрома, печёночной энцефалопатии;
 - ✧ кал обесцвечен на высоте заболевания, моча тёмная;
 - ✧ при хроническом гепатите и циррозе печени — внепечёночные знаки (телеангиэктазии, печёночные ладони), признаки портальной гипертензии, асцит.
- Подпечёночная желтуха:
 - ✧ кожный зуд, как правило, резко выражен;
 - ✧ жёлчный пузырь, увеличенный и безболезненный при опухолях, при желчнокаменной болезни может не пальпироваться, однако в его проекции обнаруживают болевую точку;
 - ✧ печень увеличена;
 - ✧ кал обесцвечен, моча тёмная;
 - ✧ признаки основного заболевания.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- УЗИ, КТ печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы позволяет диагностировать механическую желтуху, а также выявить «пустой жёлчный пузырь» (механические препятствия отсутствуют) при холестатической форме острого вирусного гепатита.
- Обзорная рентгенография грудной клетки позволяет выявить опухоли и их метастазы.
- При ФЭГДС можно оценить состояние большого дуоденального сосочка и возможность оттока жёлчи через него.
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография или чрескожная чреспечёночная холангиография показаны при сомнительных результатах УЗИ в случаях, когда предполагается блокада внепечёночных жёлчных путей.

ЛЕЧЕНИЕ

Определяется этиологией заболевания, вызвавшего желтуху. Механическая желтуха — показание к срочной госпитализации.

Литература

1. Гастроэнтерология. Гепатология : пер. с англ. / ред. Н.А. Бун [и др.]; ред.-пер. В.Т. Ивашкин. — М.: Рид Элсивер, 2009. — 191 с.
2. Клинические протоколы ведения беременных, рожениц и родильниц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта / сост. А.Т. Егорова, И.В. Демко, Е.Г. Грищенко [и др.] ; Красноярский медицинский университет. — Красноярск : Версо, 2011. — 84 с ..
3. Кузьмин В.Н. Вирусный гепатит у беременных: современная проблема акушерства // Лечащий Врач. — 2012. - №3. — С.27-33.
4. Справочник по гепатологии / ред. Н.А. Мухин ; ред.-сост. Д.Т. Абдурахманов. — М.: Литтерра, 2009. — 416 с.