**Желтуха** - окрашивание кожных покровов, слизистых оболочек и склер в жёлтый цвет.

**Классификация:**

Различают желтуху:

- гемолитическую - дефекты эритроцитов, аутоиммунные гемолитические желтухи, рассасывающиеся массивные гематомы, инфаркты,

- паренхиматозную - признак инфекционного или токсического гепатита,

 механическую, связанную с нарушением оттока жёлчи при желчнокаменной болезни или опухоли головки поджелудочной железы.

**Этиология и патогинез**

Окрашивание кожных покровов и склер происходит в результате отложения в них жёлчных пигментов при избыточном образовании билирубина, который не способна связать печень.

Содержание в плазме конъюгированного билирубина повышается при:

 разрушении гепатоцитов (при вирусных гепатитах, алкогольной интоксикации, ряде инфекций),

 нарушении оттока жёлчи (холестаза) вследствие:

  внутрипечёночной обструкции - нарушение тока жёлчи в канальцевой системе,

  внепечёночной обструкции - препятствие оттоку жёлчи в жёлчных протоках и крупных канальцах.

Причины внутрипечёночного холестаза:

 множественные метастазы в печень или гранулём,

 некроз клеток печени при резком снижении системного АД на фоне хронического венозного застоя в печени

 (часто при разрешении гиповолемического шока),

 тяжёлые заболевания печени с повреждением гепатоцитов.

Желтуху также могут вызывать:

 токсичные вещества (тетрахлористый углерод, фосфор),

 ЛС (пропранолол, рифампицин).

**Причины развития**

**Гемолитическая желтуха:**

 гемолитическая анемия,

 болезнь Адцисона-Бирмера,

 малярия,

 токсическое воздействие (мышьяк, фосфор, сульфаниламиды, тринитротолуол),

 хронический лимфолейкоз,

 лимфосаркома.

**Паренхиматозная желтуха:**

 острый вирусный гепатит,

 хронический гепатит,

 холангит,

 цирроз печени,

 функциональные гипербилирубинемии,

 алкогольный гепатит,

 воздействие токсических веществ (хлорированные углеводороды, бензол и его производные, фосфор, свинец, ртуть, мышьяк, ядовитые грибы, некоторые ЛС).

**Механическая желтуха:**

 желчнокаменная болезнь,

 опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны (рак головки поджелудочной железы и рак печени).

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Жёлтый цвет могут придавать коже также бета-каротин и хинакрин, но они не окрашивают склеры. Дифференциальную диагностику проводят между вирусным гепатитом, механической желтухой и желтухой при опухолях.

Дифференциальная диагностика вирусного гепатита, механической желтухи и желтухи при опухолях.

 Холестатический вирусный гепатит. Анамнез: парентеральные вмешательства за 45-180 дней до болезни. Преджелтушный период: как правило есть, длительностью до 7-14 сут. Чувство тяжести в правом подреберье, а Артралгия: очень часто. Лихорадка: небольшая до желтухи. Часто увеличение селезёнки. Симптом Курвуазье отсутствует.

 Желтуха при желчнокаменной болезни. Анамнез: наличие приступов желчнокаменной болезни до развития желтухи. Преджелтушный период: начало острое с выраженным болевым син­дромом. Боль в области печени резко выраженная, приступообразная, с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Артралгии нет. Лихорадка часто высокая, с большими суточными колебаниями. Увеличения селезёнки нет. Симптом Курвуазье часто положителен, жёлчный пузырь болезненный при пальпации.

 Желтуха при опухолях. Анамнез: астенизация до развития желтухи. Преджелтушный период: постепенное прогрессирование хронической болезни. Боль в области печени: постепенно прогрессирующая, опоясывающая. Артралгии нет. Субфебрилитет, при распаде опухоли лихорадка. Увеличения селезёнки нет. Симптом Курвуазье часто положителен, жёлчный пузырь малоболезненный при пальпации.

**СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ**

Обеспечить больному покой.

Не давать пищу.

Не принимать ЛС до приезда СМП.

Не оставлять больного без присмотра.

**ДЕЙСТВИЯ НА ВЫЗОВЕ**

**ДИАГНОСТИКА**

При опросе нередко выявляют желчнокаменную болезнь в анамнезе и симптомокомплекс «печёночной колики» (острая боль в правом подреберье с иррадиацией в лопатку и шею, рвота, лихорадка).

Необходимо выяснить

 профессиональные вредности и привычные интоксикации,

 наличие травм и операций на брюшной полости,

 переносимость различных пищевых продуктов и лекарственных веществ,

 употребление перед началом болезни алкоголя и его суррогатов, ядовитых веществ, ядохимикатов,

 одновременное заболевание других лиц (семья, закрытый коллектив),

 гигиенические условия жизни в течение месяца до заболевания,

 учёт эпидемической ситуации в местности, где проживает больной,

 пребывание в жарких странах.

**ОСМОТР И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Лихорадка при присоединении инфекции.

Внешние особенности: поведение, положение в постели.

Желтуха, связанная с избытком конъюгированного билирубина заметнее на коже, слизистых оболочках и склерах.

Окраска кожных покровов, печёночные знаки (эритема, сосудистые звёздочки).

Объективное обследование:

 запах изо рта (алкоголь, ацетон и т.д.), состояние языка, его вид, изменения со стороны слизистой оболочки ротоглотки,

 форма живота, участие в акте дыхания,

 увеличение печени, болезненность в правом подреберье,

 олигурия или анурия,

 изменение окраски мочи и кала,

 выявление сыпи,

 наличие признаков асцита,

 увеличение печени, селезёнки,

 наличие менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики.

Выявляют пальпируемый увеличенный безболезненный жёлчный пузырь при опухоли головки поджелудочной железы или болезненный жёлчный пузырь при желчнокаменной болезни (симптом Курвуазье).

Желтуху клинически определяют, когда уровень общего билирубина сыворотки превышает 34 мкмоль/л. При искусственном освещении желтуху легко определить лишь при содержании общего билирубина более 68 мкмоль/л.

**ЛЕЧЕНИЕ**

**ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

При появлении симптомов калькулёзного холецистита и обструкции жёлчных путей больного нужно срочно госпитализировать в хирургический стационар.

Подозрение на гепатит требует консультации терапевта и инфекциониста. Во многом вопрос диагноза решают в лечебном учреждении после лабораторных анализов (уровень и характер билирубина в сыворотке, печеночные ферменты) и УЗИ.

Больных гемолитической желтухой со спленомегалией (кроме малярии) направляют на лечение в терапевтический стационар.

Показания к госпитализации. 

**РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ОСТАВЛЕННЫХ ДОМА БОЛЬНЫХ**

Постельный режим, обильное питьё.

Щадящая диета.

Наблюдение у врача по месту жительства.

**ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ**

Госпитализация больного при любом характере заболевания в инфекционное отделение.

**СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Основные направления терапии обусловлены характером желтухи. Неотложная помощь необходима больным токсическим поражением печени. Она состоит в немедленном прекращении поступления токсического вещества в организм, быстром обезвреживании и удалении его (антидотная терапия).

Больным с печёночной коликой при нестерпимой боли и полной уверенности в диагнозе проводят спазмолитическую терапию (2 мл 2% р-ра папаверина гидрохлорида или 2 мл 2% р-ра ношпы в/м). При низком АД не вводить. Недопустимо применение наркотических анальгетиков, антибиотиков, слабительных и очистительных клизм.