

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ

"ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПРИ ЖОВТЯНИЦЯХ. ПЕЧІНКОВА  
НЕДОСТАТНІСТЬ: ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ, ДИФЕРЕНЦІЙНА  
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ"

Методичні розробки  
для студентів V-VI курсу  
медичного факультету та лікарів-інтернів

УЖГОРОД - 2019

Автори:

доктор медичних наук, професор Русин В.І.

доктор медичних наук, професор Румянцев К.Є

асистент кафедри Павук Ф.М.

Відповідальний за випуск: завідувач кафедрою хірургічних хвороб - доктор медичних наук, професор Болдіжар П.О.

Рецензент: доктор медичних наук, професор Чобей С.М.

доктор медичних наук, професор Корсак В.В.

Методичні вказівки затверджено:

На засіданні кафедри хірургічних хвороб ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 6 від 14 січня 2019 року;

### **Перелік умовних скорочень:**

- АЛТ – аланінамінотрансфераза
- АСТ – аспартатамінотрансфераза
- ВДС– великий дуоденальний сосочок
- ЕПСТ – ендоскопічна папілосфінктеротомія
- ГП – гострий панкреатит
- ГХ – гострий холецистит
- ЕРХПГ – ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатикографія
- ЕФГДС – езофагофіброгастродуоденоскопія
- ЖКХ – жовчнокам’яна хвороба
- КТ – комп’ютерна томографія
- ШКТ – шлунково-кишковий тракт
- ЛХЕ – лапароскопічна холецистектомія
- ЛФ – лужна фосфатаза
- ПЗ – підшлункова залоза
- НМН – нижня межа норми
- ПІ - показник інтоксикації
- ХДА – холедоходуоденоанастомоз
- УЗД – ультразвукове дослідження
- МЖ– механічна жовтяниця

## Актуальність проблеми

Холелітіаз (ЖКХ) є однією найбільш розповсюдженою та значущою хворобою сучасного суспільства. Хвороба визначається наявністю жовчних конкрементів, які формуються у біліарному тракті, і найчастіше у жовчному міхурі. У розвинених країнах на холелітіаз страждає 10-15% чоловіків та 25% жінок; чисельність хворих протягом кожних 10 років збільшується у 2 рази. Більш за те, спостерігається збільшення частоти ускладнених форм холелітіазу.

Слід відзначити, що більшість пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою залишаються безсимптомними протягом багатьох років. Саме тому наслідки холелітіазу можуть бути непередбаченими – починаючи від коротких епізодів болю, які помилково називають «колікою», до ускладнень, що небезпечні для життя, таких як гострий холецистит, панкреатит, рак жовчного міхура. Як правило, вказані ускладнення протікають на фоні обструкції повної, і, або часткової жовчно-вивідних шляхів.

Обтураційна жовтяниця є однією з актуальних проблем хірургії. Термін "механічна жовтяниця", який часто вживається в Україні, в світі не використовується. Замість нього використовують термін "obstructive jaundice – обструктивна жовтяниця", який більш правильно відображає суть цього патологічного процесу.

**Навчальна мета:** вивчити питання етіології, патогенезу, клінічної картини, класифікації, діагностичних критеріїв кожного типу жовтяниць для проведення їх диференційної діагностики та призначення диференційованого лікування.

**Знати:**

- Обмін білірубіну.
- Класифікацію жовтяниць.
- Етіологію, патогенетичні механізми розвитку, особливості клініки та діагностичні критерії кожного виду жовтяниць.
- Принципи лікування у відповідності із причиною та рівнем ушкодження ланцюга пігментного обміну.

**Вміти:**

- Уважно зібрати анамнез.
- Правильно згідно схеми провести об'єктивне обстеження.
- Поставити попередній діагноз.
- Скласти план обстеження хворого (лабораторно-інструментальні методи дослідження, в т.ч. ультразвукові, променево-ізотопні, імунологічні, комп'ютерної томографії та ін.).
- Провести диференційний діагноз, що супроводжується синдромом жовтяниці.
- Обґрунтувати та сформулювати діагноз захворювань, що протікають з синдромом жовтяниці згідно вимог сучасних класифікацій.
- Визначити тактику лікаря в кожному конкретному випадку в залежності від захворювання, що привело до формування синдрому жовтяниці.
- Призначити диференційоване лікування в залежності від варіанту перебігу захворювання та супутніх захворювань, виписати рецепти.
- Надати невідкладну допомогу на догоспітальному і госпітальному етапах.
- Визначити тактику дільничого лікаря поліклініки на різних етапах спостереження.
- Призначити відповідне лікування на різних етапах реабілітації.
- Призначити диференційоване лікування у хворих юнацького, похилого та старечого віку з урахуванням режиму, дієти, медикаментозного, фізіотерапевтичного та санаторно-курортного лікування.
- Визначити тактику вирішення питань медико-соціальної експертизи, працевлаштування, профілактики.

**Опанувати практичні навички:**

- Зібрати анамнез та провести його аналіз.
- Провести огляд хворого, об'єктивне обстеження фізичними методами.
- Виявити вільну рідину в черевній порожнині.
- Поставити попередній діагноз при синдромі жовтяниці.
- Інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження: загальний аналіз крові при анеміях, синдромі гіперспленізму, загальний аналіз сечі, визначення жовчних пігментів, біохімічні критерії

печінково-клітинної недостатності, синдрому холестазу, різних варіантів жовтяниць.

- Мати уяву про УЗД органів черевної порожнини, сцинтиграфію та сканування печінки, лапароскопію, комп'ютерну та магнітно-резонансу томографію.
- На основі обстеження хворого сформулювати діагноз та призначити лікування зі знанням клінічної фармакології основних груп лікарських препаратів.
- Проводити лапароцентез.
- Оформити медичну документацію (історія хвороби, ф. УФ№ 28, направлення на МСЕК, екстрене повідомлення про випадок інфекційного захворювання, онкологічного захворювання, рецептурні форми).
- Визначити програму (план, алгоритм) обстеження хворих при жовтяницях.

**Обтураційна жовтяниця** – це вид жовтяниці, причиною якої є порушення прохідності жовчних шляхів, внаслідок їхньої обтурації зсередини, або зовнішнього стиснення пухлиною, рубцем чи іншим процесом. Найбільш частою причиною непрохідності жовчних шляхів є конкременти. Частота виникнення жовтяниці на ґрунті обтурації жовчних протоків складає від 30 до 85 %. При цьому холедохолітіаз у жінок зустрічається значно частіше.

**Класифікація.** В Україні дотримуються класифікації **Шалімова-Ничитайла (1993 рік):**

**За рівнем перепони:**

- непрохідність дистальних відділів загальної жовчної протоки;
- непрохідність супрадуоденальної частини загальної жовчної протоки;
- непрохідність початкових відділів загальної жовчної протоки і розгалуження печінкових проток.

**За етіологічним чинником:**

**1. Обтурація жовчними конкрементами, сторонніми тілами, згустками крові (гемобілія), паразитами (аскарида, печінкова двоустка та ін.), пошкодженням під час операції (перев'язуванням чи пересіченням).**

**2. Обтурація при захворюваннях:**

- стінки жовчних шляхів і вроджених аномаліях (гіпоплазія, кісти, атрезія);
- запальних захворюваннях (стенозуючий папіліт, холангіт);
- рубцевих стриктурах (посттравматичних і запальних);
- доброякісних і злоякісних пухлинах жовчних шляхів.

**3. Обтурація, викликана позапротоковими захворюваннями із втягненням у процес жовчних шляхів (тубулярний стеноз загальної жовчної протоки панкреатичного генезу, виразкова хвороба ДПК з пенетрацією в холедох, перихоледохеальний лімфаденіт, спайкова хвороба).**

**За важкістю перебігу:**

- легка (рівень загального білірубіну 150 мкМоль/л, тривалість жовтяниці до 14 діб);
- середньої важкості (рівень загального білірубіну 150-300 мкМоль/л, тривалість жовтяниці від 14 до 42 діб);

- важка (рівень загального білірубіну  $>300$  мкМоль/л, тривалість жовтяниці більше 42 діб).

Загальноприйнятою **класифікацією жовтяниць** є класифікація А.Ф. Блюгера:

Розрізняють жовтяниці:

I. Надпечінкові.

II. Паренхіматозні.

III. Підпечінкові.

Паренхіматозні жовтяниці в свою чергу діляться на 4 підтипи:

1. Паренхіматозні ферментативні (доброякісні)
2. Паренхіматозні цитолітичні
3. Цитолітично-холестатичні
4. Холестатичні

**I. Надпечінкова жовтяниця** зумовлена підвищеним розпадом еритроцитів або їх недозрілих попередників. Наслідком цього є підвищення утворення білірубіну, вивести який печінка повністю нездатна.

Головною причиною надпечінкової жовтяниці є спадкові та набуті гемолітичні анемії. Крім того, вона може бути при значних гематомах. При гемолітичних анеміях (надпечінковий тип жовтяниць) колір шкіри лимонно-жовтий, інтенсивність забарвлення збільшується під час криз. В анамнезі можуть бути вказівки на наявність подібних захворювань у родичів, поява жовтяниці вперше у дитячому віці, її підсилення під час перебування на холоді. При обстеженні хворих спостерігається спленомегалія та інколи гепатомегалія. В крові: анемія, ретикулоцитоз, зниження осмотичної резистентності еритроцитів, підвищення вмісту непрямого білірубіну, незв'язаного з глюкуроновою кислотою. Рівень жовчних кислот не підвищений; білірубін в сечі відсутній. В сечі з'явиться мезобіліноген (уробіліноген), який окислиться до мезобіліну (уробіліну) і розцінюватиметься як результат перевантаження гепатоцитів непрямим білірубіном. До захвату мезобіліногену (уробіліногену) і переробки останнього до ди- і трипіролів у гепатоцитів "руки не доходять". Сеча буде мати темне забарвлення. Кал темний, реакція на стеркобілін різко позитивна. Із інших досліджень часто позитивна реакція Кумбса, виявляються теплові та холодові антитіла в сироватці крові, підвищений рівень сироваткового заліза. При цьому враховується тип гемолізу – інтра- та екстрасудинний.

**II.1. Паренхіматозні (внутрішньопечінкові) жовтяниці I типу доброякісні ферментопатичні це:**

– **Синдром Жильбера**, який розвивається внаслідок генетично обумовленого зниження уредин-дифосфат-глюкоронілтрансферази (успадковується за аутосомнодомінантним типом) або внаслідок дефекту в процесі зв'язування білірубіну з легантинами (транспортними білками x, y і z) і транспортування його з простору Діссе в гепатоцит. В крові незначно підвищується кількість непрямого білірубіну без ознак гемолізу - до 70 мкМоль/л, рідко до 140 мкМоль/л. В основному хворіють хлопці. Періодично виникає жовтяниця під час фізичного

навантаження, при перебігу інфекційних та інших важких хвороб, при переохолодженні, при голодуванні. Печінкової недостатності не буває. Прогноз добрий.

– **Синдром Калька** з'являється після перенесеного гострого вірусного гепатиту, в основі патогенезу лежить те ж, що і при синдромі Жильбера, але прояви ізольованої непрямой гіпербілірубінемії зникають через 1,5 місяця. Слід диференціювати з рецидивом вірусного гепатиту.

– **Синдром Кріглера-Найяра** – гіпербілірубінемія за рахунок непрямого білірубину як результат вродженого дефіциту уредин-дифосфат-глюкоронілтрансферази. Розрізняють два типи:

– I тип зустрічається лише у новонароджених (успадковується аутосомно-рецесивно), характеризується відсутністю уредин-дифосфат-глюкоронілтрансферази, значною непрямою гіпербілірубінемією, що викликає ядерну жовтяницю і смерть від неврологічних ускладнень відразу ж після народження.

– II тип (успадковується за аутосомнодомінантним типом) зустрічається у дорослих, викликається недостатністю синтезу та низькою активністю уредин-дифосфат-глюкоронілтрансферази, характеризується незначною, невираженою жовтяницею. За рахунок зменшення моноглюкуроніду, буде зменшення диглюкуроніду білірубину. Неврологічні симптоми відсутні, жовтяниця зменшується під впливом фенобарбіталу.

– **Синдром Люсі-Дрискіла** – жовтяниця зустрічається у дітей, якщо у молоці матері з'являється 3- $\alpha$ -20- $\alpha$ -прегналдіала – токсична речовина.

– **Синдром Добіна-Джонсона** – спадкова хвороба, обумовлена порушенням транспорту кон'югованого білірубину з гепатоцитів через жовчно-білірубінову мембрану в жовч, яка проявляється в основному жовтяницею з помірним збільшенням в крові зв'язаного білірубину, успадковується за аутосомнодомінантним типом. При лапароскопії печінка і селезінка мають чорний колір, який обумовлений порушенням катаболізмом норадреналіну в печінці, в результаті з норадреналіну утворюється меланін. При біопсії і в центрі часточок – грубозернистий зеленкувато-коричневий пігмент.

– **Синдром Ротора** – гіпербілірубінемія за рахунок зв'язаного білірубину. Печінка і селезінка не збільшені. Печінкові клітини не містять в собі пігменту.

**II.2. Паренхіматозні цитолітичні жовтяниці** виникають внаслідок органічного ураження гепатоцитів. Вміст гепатоцитів попадає в кров. Підвищений прямий і непрямий білірубін в крові. Підвищується активність протоплазматичних ферментів (АЛТ, АСТ, глютаматдегідрогеназа, фруктозодифосфатальдолаза, аргіназа, кетозомонофосфатальдолаза). В сечі може бути зв'язаний білірубін, в калі мало стеркобіліну. Цитолітичні жовтяниці – один з найчастіших синдромів гострих і хронічних пошкоджень печінки. Буває при гострому та хронічному гепатиті, інфекційному мононуклеозі, лептоспірозі, алкогольних ураженнях печінки, цирозах, гепатоцеллюлярному раці, токсичних медикаментозних гепатитах (ізоніазіл, індометацин, парацетамол та інші



нестероїдні протизапальні), шоківій печінці, гострій серцевій недостатності, хронічній серцевій недостатності тощо.

**II.3. Паренхіматозні цитолітично-холестатичні жовтяниці** – важкі жовтяниці з високою гіпербілірубінемією і кон'югованого та некон'югованого білірубіну та явищами внутрішньопечінкового холестазау. Зустрічаються при важкому перебігу вірусних гепатитів В, С, дельта, F та ін., гострих алкогольних гепатитах, особливо на фоні цирозу печінки, хронічних активних вірусних гепатитах, хронічному аутоімунному гепатиті та медикаментозних гепатитах (аймалін, тубазид, аміназин, рифампіцин, β-меркантопурин, циметидин, піперазин та ін.), первинному біліарному цирозі печінки. Підвищена активність цитолітичних та мембранозалежних ферментів.

**II.4. Холестатичні жовтяниці** зустрічаються при гострих та хронічних вірусних гепатитах, гострих медикаментозних гепатитах (тестостерон, анаболічні стероїди, протизапальні препарати та ін.), у вагітних в останньому триместрі вагітності, при алкогольних гепатитах. Якщо причина не виявлена, то це ідіопатичний доброякісний рецидивуючий холестаз.

При холестатичних жовтяницях переважає кон'югований білірубін у крові. Клініка нагадує механічну жовтяницю, але механічних перешкод немає. Ускладнений перехід білірубіну з гепатоцита в жовчний прохід, як самостійно, так і в складі міцели. Завдяки останньому – свербіння шкіри. В крові підвищується кількість мембранозалежних ферментів. Темного кольору сеча вказує на виділення кон'югованого білірубіну. Стеркобіліну в калі небагато.

**III Підпечінкова жовтяниця (механічна)** розвивається при перешкоді току жовчі із жовчних шляхів в дванадцятипалу кишку. Етіологічні фактори: обтурація конкрементами, пухлиною, паразитами, збільшеними лімфовузлами, післяопераційне звуження загального жовчного протоку, атрезія жовчних шляхів та ін. В крові підвищений білірубін в основному за рахунок зв'язаного, ахолія калу. В сечі не буде ні стеркобіліну, ні мезобіліну (уробіліну), може бути зв'язаний білірубін.

Поряд з аналізом клінічного перебігу захворювань, велику увагу надають результатам УЗД, біохімічним показникам обміну білірубіну: цитолітичному та холестатичному синдромам, даним ФГДС, лапароскопії, біопсії, контрастним та ізотопним методам дослідження.

Диференційний діагноз слід проводити насамперед між типами та варіантами жовтяниць, з врахуванням етіологічного фактору та варіантів перебігу хвороби у кожного конкретного хворого.

Тактика лікаря залежить від варіанту (типу) жовтяниці, ступеня її ураження, етіології, наявності ускладнень та основних (супутніх) захворювань, функціонального стану печінки та вираженості гепатоцелюлярної недостатності

Основними методами лікування можуть бути як консервативні, так і хірургічні. Підхід диктується етіологічним фактором жовтяниці, ступенем компенсації порушених функцій, загальним станом хворого та ін.

Дози медикаментів залежать від ступеня вираженості та характеру жовтяниці, її причини, функціонального стану печінки, віку хворого та ін.

Санаторно-курортне лікування призначається обмежено, враховуючи етіологічний фактор та стадію перебігу захворювання.

Вирішення питань експертизи непрацездатності залежить від захворювання, що призвело до виникнення синдрому жовтяниці, ступеню гепатоцелюлярної недостатності, віку, професії хворого.

**Клініка та симптоматика.** Клінічна картина обтураційної жовтяниці ґрунтується на симптомах виникнення порушення відтоку жовчі.

- *больовий синдром* характерний супутник обтураційної жовтяниці на ґрунті холедохолітазу. Спостерігається клініка печінкової кольки – інтенсивний, нападopodobний біль в правому підребер'ї, з іррадіацією в праве плече, лопатку, надключичну ямку. Однак больовий синдром часто може бути відсутній, коли обтурація виникла на ґрунті стриктури холедоха чи раку головки підшлункової залози;

- *жовтяниця шкіри, склер і видимих слизових.* Швидкість її наростання та інтенсивність залежать від ступеня обтурації жовчовивідних шляхів, тобто від того наскільки збережений чи відсутній пасаж жовчі в дванадцятипалу кишку. При обтурації конкрементами жовтяниця виникає на другий день після приступу печінкової кольки, при “вентильному камені” холедоха вона має переміжний характер, при раку головки підшлункової залози наростає поступово (впродовж тижня) і є дуже стійкою, при гострому панкреатиті – наростає поступово, є незначно вираженою і зникає при ефективному лікуванні панкреатиту;

- *свербіж шкіри* - виникає внаслідок токсичної дії жовчних кислот. При пухлинному генезі обтурації свербіж часто передуює появі жовтяниці, а при обтурації конкрементами – супроводжує жовтяницю;

- *потемніння сечі і знебарвлення калу.* Ця ознака виникає, внаслідок розладів біохімічного обміну білірубіну. Сеча при обтураційній жовтяниці має темно-коричневий колір і надмірно піниться (“сеча кольору пива”). Кал є ахолічний, білого чи злегка сіруватого кольору (“біла глина”);

- *підвищення температури тіла, пропасниця.* Ця ознака вказує на супутній

холангіт. Як правило температура тіла упродовж доби є нормальною або субфебрильною, однак у другій половині дня у хворих з'являється її епізодичне різке підвищення до 39-40°C (гектична температура). Якщо ж температура тіла є високою (38-39°C) впродовж доби – це може бути ознакою метастазування пухлини головки підшлункової залози, холедоха чи ін.;

- *синдром Курвуазьє* виявляється, як правило, в худих хворих, в яких на фоні жовтушності шкіри і склер можна пропальпувати збільшений, еластичний, гладкий і неболючий жовчний міхур. Це синдром часто є ознакою раку головки підшлункової залози.

Діагностика причини жовтяниці тільки на основі клінічних даних є умовною. Так, при інфекційному гепатиті часто спостерігається виражений холестаза, а при обтураційній жовтяниці – клінічні ознаки гепатозу чи гепатиту.

Жовтушно-панкреатична форма найбільш характерна для обтурації каменем або рубцевого звуження ВДС на фоні ГП. Інколи спостерігається при протяжній стриктурі дистального відділу загальної жовчної протоки при явищах індуративного панкреатиту. Спільність двох протокових систем визначає симптоматику захворювання, що містить у собі симптоми обтураційної жовтяниці і ГП. До розвитку ГП веде не тільки рефлюкс жовчі, але і підвищення внутрішньопотокового тиску.

Існує два варіанти прояву калькульозного холецисто-панкреатиту, ускладненого механічною жовтяницею. При першому варіанті явища ГП виникають негайно після нападу жовчної кольки, і в цьому випадку в клінічній картині захворювання переважають симптоми ГП, що маскують клініку защемленого каменю і стенозу ВДС. При другому варіанті гострий панкреатит виникає після повторного нападу печінкової кольки. У цьому випадку симптоми ГП з'являються на фоні симптомів обтураційної жовтяниці і не маскують їх. Ведучим симптомом цієї форми захворювання є біль, що при першому варіанті перебігу захворювання приймає постійний характер з моменту розвитку нападу, а при другому варіанті - після повторного нападу

печінкової кольки. Біль звичайно локалізується у верхній половині живота і носить оперізуючий характер. Він супроводжується нудотою і повторною блювотою. Жовте забарвлення шкіри з'являється через 12-24 години з моменту розвитку нападу. Жовтяниця швидко наростає в інтенсивності, що до деякої міри пов'язано зі стисненням загальної жовчної протоки голівкою ПЗ. У хворих спостерігаються лихоманка, слабкість, сеча набуває темно-бурий відтінок, а кал знебарвлюється. Язик сухий і обкладений. Пальпаторно визначається значна болючість у правому підребер'ї і епігастральній ділянці, а іноді й у лівому підребер'ї. Тут спостерігається локальна напруга м'язів, а при наявності рідини в черевній порожнині виявляється симптом Щоткіна-Блюмберга. Як правило, визначаються симптоми ГП: Воскресенського і Мейо-Робсона. У діагностиці цієї форми калькульозного холециститу, ускладненого механічною жовтяницею, поряд з підвищенням у крові загального білірубіну, за рахунок прямого, підвищується активність ферментів печінки та амілази в крові.

Підставою для виділення жовтушно-холецистичної форми є численні свідчення поєднання ГХ з обтураційним холестазом, причому найчастіше за рахунок холедохолітіазу і стенозу ВДС. Визначальним фактором у її походженні є ГХ, що викликає закупорку загальної жовчної протоки каменем у зв'язку з запальним набряком гепато-дуоденальної зв'язки. Постійними симптомами, крім жовтяниці, гіпертермії і тахікардії, є болі в правому підребер'ї і епігастральній області, м'язова напруга, позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга, Ортнера і Мюссі-Георгієвського. При помірній напрузі м'язів черевної стінки вдається пропальпувати напружений і різко болючий жовчний міхур. У клінічному аналізі крові виявляється лейкоцитоз і зсув лейкоцитарної формули ліворуч.

Відмінною рисою безбольової форми є відсутність болю в анамнезі. Жовтяниця з'являється поступово на фоні задовільного стану хворого. Іноді її появі передують короткочасний озноб і підвищення температури тіла до 38-39°C, що може бути пов'язано з загостренням запального процесу в зоні обтурації жовчної протоки. Живіт у хворих залишається м'яким і безболісним, жовчний

міхур не пальпується. Печінка збільшується по мірі наростання холестазу.

В основі септичної форми захворювання лежить порушення відтоку жовчі в кишечник у наслідок повної чи часткової обтурації жовчних проток і приєднання вірулентної інфекції. Це швидко приводить до розвитку гнійного холангіту, утворенням абсцесів у печінці і сепсису. Клініка септичної форми захворювання досить яскрава. Захворювання починається гостро з появи сильного болю у правому підребер'ї, який віддає у праву лопатку, плече бо поперекову ділянку. Біль супроводжується нудотою, блювотою і підвищенням температури тіла до 38-39°C. Причому лихоманка і підвищення температури повторюються кілька разів на добу; температура має гектичний характер. Незабаром з'являється жовтяниця шкіри, склер, інтенсивність якої поступово наростає. Загальний стан хворих тяжкий. Хворі апатичні, сонливі, може бути порушення свідомості і дезорієнтація. Пульс до 100-120 за хв. Живіт при пальпації м'який, болючий у правому підребер'ї. Часто печінка збільшується в розмірах. Симптоми подразнення очеревини негативні. При дослідженні крові відзначається підвищення лейкоцитів крові. У біохімічному аналізі крові виявляються гіпербілірубінемія, підвищення активності амінотрансфераз, лужної фосфатази. Зменшується діурез. У клінічному аналізі сечі виявляють білок і циліндри. При прогресуванні захворювання наростає гнійна інтоксикація, може розвинути септичний шок, гостра печінкова, ниркова, а також серцева недостатність. Жовтушно-септична форма дає найбільш високу летальність.

Тому для діагностики причини жовтяниці потрібно використовувати ряд додаткових методів обстеження.

### **Методи обстеження.**

#### *Лабораторні дані:*

- виражена білірубінемія, переважно, за рахунок прямого білірубіну;
- білірубінурія з відсутністю уробіліну в сечі;
- відсутність стеркобіліну в калі;
- висока активність лужної фосфатази в крові (більше 10 од);
- незначно підвищена активність трансаміназ в крові;

- негативна тимолова проба;
- ознаки гіпокоагуляції (знижена кількість фібриногену, подовжений час згортання крові);
- анемія, лейкоцитоз, зсув формули ліворуч, підвищена ШОЕ.

*Сонографічне (ультразвукове) дослідження* дозволяє оцінити розміри печінки, жовчного міхура, внутрішньопечінкових і позапечінкових жовчних протоків, наявність конкрементів, пухлин, стан підшлункової залози.

*ЕРПХГ* дозволяє оцінити стан жовчновивідних протоків, діагностувати наявність конкрементів чи пухлини головки підшлункової залози.

*Черезшкірна черезпечінкова холангіографія* – дозволяє встановити рівень блоку холедоуху та його причину.

*Контрастна рентгенографія шлунку і ДПК* – дозволяє встановити непрямі ознаки патологічного процесу в підшлунковій залозі або діагностувати дуоденостаз.

*Лапароскопія* – є діагностично-лікувальним заходом.

**Гостра печінкова дисфункція.** Обтураційна жовтяниця завжди викликає гостру печінкову дисфункцію, яка, як правило, є причиною смерті цих хворих.

**Печінкова кома** – гостра дистрофія печінки, портосистемна енцефалопатія – порушення свідомості, яке пов'язане з глибоким пригніченням функції печінки.

**Таблиця 1**

**Діагностика стадій печінкової енцефалопатії**

<i>Стадія</i>	<i>Свідомість</i>	<i>Мислення</i>	<i>Поведінка</i>	<i>Неврологічні симптоми</i>
I	Порушення ритму сну - неспання, сонливість або безсоння	Незначні помилки при рахуванні, неуважність	Підвищена дратівливість, ейфорія або депресія	Дрібний тремор, порушення координації при виконанні точних рухів
II	Уповільнен а реакція, патологічна сонливість (летаргія)	Дезорієнтація в часі, грубі помилки при рахуванні. Ретроградна	Неадекватна поведінка, гнів, апатія	Хлопаючий тремор, порушення мови, гіперрефлексія, атаксія

		амнезія		
III	Спутаність свідомості, сопор	Дезорієнтація в просторі, амнезія	Паранояльне маячення	Гіперрефлексія, ністагм, пірамідна симптоматика
IV	Свідомість відсутня, ступор	Відсутня	Відсутня	Кома, опістотонус, зіниці розширені

В практичному відношенні хірурги виділяють три стадії гострої печінкової дисфункції. Четверта стадія гострої печінкової недостатності (кома) в умовах хірургічного стаціонару не зустрічається.

- I ступінь – жовтушність шкіри і склер, емоційно-психічна неврівноваженість, відчуття дискомфорту, втомлюваність, ослаблення пам'яті, порушення сну, головний біль, тахікардія (до 100 уд в хв.), олігурія (700-800 мл в добу), гіпербілірубінемія (200 мкмоль/л), диспротеїнемія, помірна активність цитолітичних ферментів в крові.

- II ступінь – з'являються прояви токсичної енцефалопатії: загальмованість, сповільнена реакція на подразники, тремор рук, повік, різке ослаблення пам'яті і порушення сну. Шкіра і склери іктеричні, спостерігається виражений шкірний свербіж, погіршується апетит, виникає нудота і блювання, частота серцевих скорочень зростає до 100-120 уд в хвилину, знижується артеріальний тиск, об'єм добового діурезу зменшується до 500-600 мл, кількість загального білірубину крові 200-350 мкмоль/л, гіперглікемія, сечовина крові зростає до 10-20 ммоль/л. Зростає активність АсТ, АлТ, ЛФ, що вказує на пошкодження внутрішньоклітинних біоенергетичних систем гепатоцитів – мітохондрій.

- III ступінь – переважають симптоми різко вираженої церебральної дисфункції: сплутана свідомість, адинамія, періодичне психомоторне збудження, ейфорія або депресія, дизартрія. Крім того, у всіх пацієнтів відмічається виражена жовтяниця, тяжкий загальний стан, деколи лихоманка, біль в м'язах, тахікардія вище 120 уд в хв., гіпотонія, блювання, олігурія (300-400 мл на добу), гіпербілірубінемія (350 мкмоль/л і вище), гіперглікемія, сечовина крові зростає

до 20 мМоль/л і вище, креатинін – вище 300 мкМоль/л. Різко зростає активність цитолітичних ферментів.

Рівень загального білірубіну в крові не завжди відповідає ступеню важкості гострої печінкової дисфункції. Важливе значення в її розвитку має вплив природних факторів в анамнезі: перенесений інфекційний гепатит, хронічні захворювання печінки, тривалий прийом медикаментів, шкідливі умови праці (вплив токсичних сполук), хронічні отруєння, зловживання алкоголем та ін.

**Холангіт.** Гострий холангіт є частим супутником обтураційної жовтяниці. Це запалення жовчних протоків може бути і наслідком і причиною холестазу.

*За перебігом:*

- гострий;
- хронічний;
- облітеруючо-склеротичний.

*За характером морфологічних змін:*

- катаральний;
- фібринозний;
- фібринозно-виразковий;
- гнійний.

*За клінічним перебігом;*

- жовтушна форма – з переважаючими ознаками жовтяниці та вираженої інтоксикації. Тривала жовтяниця при цій формі холангіту швидко призводить до гострої печінково-ниркової дисфункції і смерті хворого;

- септична форма – на фоні обтураційної жовтяниці виникає запальний процес в позапечінкових та внутрішньопечінкових ходах. Клінічними ознаками цієї форми холангіту є бурхливий початок з підвищенням температури тіла до 40°C, гектичний характер температури (спад і підйом температури супроводжується потінням), виражений біль в правому підребер'ї, жовтушність шкіри і склер, при пальпації живота спостерігається болючість і напруження м'язів в правій підреберній ділянці, позитивні симптоми Ортнера, Мерфі, Мюссі, ознаки гнійного запалення в загальному аналізі крові;



- панкреатична форма – на фоні клінічних ознак гострого холециститу і холангіту приєднуються ознаки гострого панкреатиту. Виникає виражене блювання, яке не приносить полегшення, жовтяниця, гектична температура тіла, колапс, падіння артеріального тиску, точкові крововиливи на передній черевній стінці, висока активність діастази крові і сечі.

При поєднанні холангіту і обтураційної жовтяниці комплекс лікувальних заходів включає в себе не тільки розвантаження жовчних шляхів і дренажування холедоха, а й потужну антибактеріальну і детоксикаційну терапію.

### **Диференціальна діагностика.**

Обтураційну жовтяницю диференціюють з:

- паренхіматозною (печінковою) жовтяницею, спричинену вірусним чи токсичним гепатитом;
- гемолітичною (надпечінковою) жовтяницею, спричинену гемолізом еритроцитів (отруєння, захворювання крові).

**Таблиця 2**

### **Диференційно-діагностичні ознаки жовтяниць**

Ознаки	Вид жовтухи		
	Механічна	Гемолітична	Перенхіматозна
Анамнез	ЖКХ в анамнезі, операції на жовчних протоках, ознаки онкопроцесу.	Наявність гематологічного захворювання, жовтяниці у дитинстві	Інфекційні хвороби, контакт з хворим, гострі чи хронічні інтоксикації
Забарвлення шкіри	Жовто-зелена	Лимонна	Жовто-оранжева
Шкіряний свербіж	Виражений	Відсутній	Відсутній
Больовий синдром	Характерний	Відсутній	Не виражений, тяжкість у підребір'ї
Збільшення печінки	Незначне збільшення	Немає	Характерне значне збільшення

Збільшення жовчного міхура	Часто, симптом Курвуаз'є	Немає	Немає
Спленомегалія	Немає	Часто	Може бути
Білірубінемія	Значно виражена за рахунок прямого	Збільшена за рахунок непрямого	Збільшена за рахунок обох фракцій
Уробілінурія	Немає	Характерна	Характерна
Лужна фосфатаза	Підвищена	Не підвищена	Не підвищена
АЛТ, АСТ	Незначне підвищення	Не підвищена	Підвищена

Вірусний гепатит характеризується клінічною тріадою в переджовтушному (продромальному) періоді: свербінням шкіри, підвищенням температури тіла, артралгією. В анамнезі: контакт з хворим на гепатит, або виконання ін'єкцій, переливань крові і її компонентів, лікування в стоматолога. В 50% хворих збільшена селезінка, помірно збільшена печінка, при пальпації її край округлий, м'який, помірно болючий. Лабораторно: підвищення трансаміназ (більше АлТ), позитивна тимолова проба, позитивна реакція на жовчні пігменти і уробілін в сечі, позитивні специфічні реакції на маркери гепатиту А, В, С.

Для гемолітичної жовтяниці в анамнезі: контакт з отрутами (тяжкі метали, тетраетилсвинець, бензин), переливання несумісної крові чи її компонентів, хвороби крові. Початок поступовий, без приступів жовчної кольки, відсутній продромальний період. Колір шкіри є лимонно-жовтим, болючість в правому підребер'ї відсутня, печінка збільшена незначно, а селезінка – дуже велика, підвищення температури тіла немає, сеча і кал темного кольору. В загальному аналізі крові є зміни форми і об'єму еритроцитів, гіпербілірубінемія за рахунок непрямого білірубіну, в калі – стеркобілін.

### **Диференціальна діагностика різних форм механічної жовтяниці.**

Діагностика **раку ПЗ**, особливо при локалізації його в тілі і хвості залози, украй тяжка. Ці труднощі зумовлені заочеревинним розташуванням ПЗ, що ускладнює її обстеження методами, що звичайно застосовуються при дослідженні органів черевної порожнини, спільністю симптоматології (біль, схуднення,

диспептичні явища і т.д.) і відсутністю специфічних функціональних і рентгенологічних методів дослідження. При постановці діагнозу раку ПЗ необхідно проводити диференціальну діагностику з різними захворюваннями і, насамперед зі злоякісними захворюваннями органів черевної порожнини - раком шлунка, печінки, жовчного міхура і жовчних шляхів, товстої кишки, лівої нирки й інших органів, що можуть дати метастази в лімфатичні вузли воріт і паренхіму печінки, а також із хронічним панкреатитом, цирозом печінки, і, нарешті, із хворобою Боткіна. При наявності різко вираженої жовтяниці, що розвилася при раку голівки ПЗ, необхідно, насамперед, проводити диференціювання з жовтяницею, викликаною закупоркою загальної жовчної протоки каменем. У цих випадках велику роль має ретельний анамнез, з якого зазвичай з'ясовується, що в минулому у хворого були приступи болі, характерні для жовчнокам'яної хвороби. Інтенсивність жовтяниці, що викликана закупоркою загальної жовчної протоки - так званим вентиляним каменем, може бути нападopodobною, на відміну від жовтяниці, обумовленої раком голівки ПЗ. Важливе значення для діагностики в цих випадках має стан жовчного міхура. Симптом Курвуазьє більш характерний для раку голівки ПЗ, чим для жовчнокам'яної хвороби.

**Для раку Фатерового сосочка** характерна наявність хвилеподібного перебігу жовтяниці на відміну від раку голівки ПЗ, при якому вона носить постійний і прогресуючий характер. Таке коливання в інтенсивності жовтяниці, обумовлене властивістю раку Фатерового соска швидше розпадатися. Рак Фатерового соска часто супроводжується вторинним холангітом і протікає з лихоманкою і високою температурою. Через велику схильність раку Фатерового соска до розпаду при ньому частіше, ніж при раку голівки ПЗ, відзначають наявність крові в дуоденальному вмісті і прихованої крові у випорожненнях. Рак Фатерового соска на відміну від раку голівки ПЗ частіше протікає без болю і пізніше дає метастази в інші органи. Для диференціювання цих захворювань велике значення має дослідження панкреатичних ферментів у дуоденальному вмісті. При раку голівки ПЗ внаслідок obturaції панкреатичної протоки пухлиною

надходження панкреатичних ферментів в дуоденальний вміст значно менше, ніж при раку Фатерового соска

**Рак жовчних проток і жовчного міхура** зустрічається рідко, і його важко відрізнити від раку голівки ПЗ. Як правило, хворі за хірургічною допомогою звертаються пізно, коли пухлина проростає позапечінкові жовчні протоки і супроводжується механічною жовтяницею. При диференціюванні цих захворювань важлива роль належить холангіографії, а також іншим спеціальним методам дослідження (сцинтиграфія, ангіографія та ін.) і скануванню підшлункової залози. У неясних випадках варто прибгати до КТ або хірургічному втручанню.

**Хвороба Боткіна.** Має велике значення епідеміологічний анамнез, оцінка даних клінічних і лабораторних досліджень, а також методи функціонального дослідження печінки і підшлункової залози. Жовтяниця при хворобі Боткіна іншого фарбування (gubinicterus), чим при раку голівки підшлункової залози, коли вона досить часто набуває темно-зеленуватий відтінок (melasicterus). Жовтяниця при хворобі Боткіна звичайно не супроводжується повною затримкою виділення жовчі в ДПК і тому реакція на стеркобілін і уробілін у сечі на противагу раку голівки підшлункової залози в більшості випадків при ній буває позитивною. Функціональні проби печінки (тимолова проба, трансамінази та ін.) при хворобі Боткіна бувають значно підвищені, тоді як при раку голівки підшлункової залози на початку захворювання ці проби нормальні і тільки в крайніх випадках стають патологічними. Загальна кількість холестерину частіше буває підвищеним при раку голівки залози і нормальним або зниженою при хворобі Боткіна. При раку голівки підшлункової залози відзначається тенденція до зниження гемоглобіну і зменшенню кількості еритроцитів; при хворобі Боткіна звичайно цього не буває, а іноді навіть спостерігається їхнє підвищення. У більшості хворих при раку голівки підшлункової залози відзначаються прискорена ШОЕ і підвищення лейкоцитів крові, а при хворобі Боткіна – зниження кількості крові і уповільнена ШОЄ. Порушення вуглеводного обміну (гіперглікемії, чи глюкозурії діабетоїдного типу після навантаження глюкозою) частіше спостерігається при раку підшлункової залози, чим при хворобі Боткіна.

Особливі труднощі в диференціальній діагностиці спостерігаються при проведенні диференціального діагнозу між раком голівки підшлункової залози і склерозуючим хронічним панкреатитом, коли останній супроводжується механічною жовтяницею. Ці труднощі можуть виникнути навіть у хірургів під час операції. У подібних випадках необхідно робити скенування ПЗ, а якщо потрібно біопсію, панкреатографію і КТ.

**Тактика і вибір методу лікування.** При виборі методу хірургічного лікування обтураційної жовтяниці, слід максимально об'єктивно оцінити тяжкість стану хворого. Для цього враховують:

- причину обтурації жовчновивідних шляхів;
- стадію гострої печінкової дисфункції;
- тривалість та інтенсивність гемостазу;
- наявність і характер холангіту;
- тяжкість і вираженість супутньої патології;
- вік хворого.

Лікувальні заходи в передопераційному періоді:

- корекція порушень гемостазу та гемокоагуляції (□-амінокапронова кислота, вікасол, кальцію хлорид, одноступінчаста свіжозаморожена плазма, інгібітори протеаз);
- покращення мікроциркуляції в печінці (розчин глюкози з інсуліном, реополіглюкін, рефортан, гепатопротектори);
- детоксикаційні заходи (неогемодез, лактосорбітол, лактопротеїн з сорбітолом, ентеросорбенти: ентеросгель, силард П, полісорбітол);
- антиоксидатна терапія (високі дози вітаміну С, В, Е, мілдронат);
- імуномодулятори та імунокоректори (тімалін, Т-активін, ербісол, імунал, ехінацея).

Для декомпресії жовчних шляхів проводять черезшкірну або

лапароскопічну холецистостомію. Однак більш доцільними і ефективними є малоінвазивні методи декомпресії: ЕПСТ та стентування великого дуоденального соска.

**Методи і тактика оперативного лікування.** При поєднанні калькульозного холециститу і холедохолітіазу, ускладненого обтураційною жовтяницею виконують оперативні втручання в два етапи:

Першим етапом проводять ЕРПХГ, яка дозволяє встановити розміри, кількість, локалізацію конкрементів та ЕПСТ з видаленням конкрементів кошиком Дорміа. Після цього – на 3-4 добу проводять УЗД і біохімічне дослідження крові. Якщо холедох не розширений і не містить конкрементів а рівень загального білірубіну знизився, то другим етапом виконують ЛХЕ. Такий підхід використовують у хворих літнього і старечого віку, з високим ризиком оперативного втручання, тяжким ступенем гострої печінкової дисфункції.

Якщо немає технічної змоги для виконання ЕПСТ, або конкременти видалити не вдалося, то виконують лапаротомію, холецистектомію, ревізію холедоха, видалення з нього конкрементів, переконуються в його прохідності і проводять зовнішнє дренажування холедоха. Якщо холедох є значно розширений (2 см і більше), то накладають ХДА або ХСА.

Серед малоінвазивних інструментальних методів декомпресії жовчовивідних проток в даний час найбільше поширення набули наступні:

- ендоскопічна ретроградна папілосфінктеротомія (по можливості із екстракцією конкременту або шунтуванням холедоху);
- черезшкірна чрезпечінкова холангіостомія під контролем УЗД;
- черезшкірна мікрохолецистостомія під контролем УЗД;
- відкрита холецистостомія.

Показами до ендоскопічної ретроградної папілосфінктеротомії із холангіографією є наявність жовтяниці доброякісної етіології, підтвердженої на УЗД, КТ або МРТ. У випадках вклиненого конкременту або тубулярного стенозу холедоху метод може виявитися ефективним тільки в його діагностичній компоненті. Вживання даного лікувально-діагностичного методу у пацієнтів із

раком голівки ПЗ і ГП може погіршити їх стан за рахунок підвищення жовчної гіпертензії і привести до небажаних наслідків (кровотеча, прогресування печінкової недостатності).

При неможливості виконати ендоскопічну декомпресію і усунути холедохолітіаз (вклинений камінь гепатикохоледоха, склянощі в проведенні стента), показана черезшкірна чрезпечінкова холангіостомія. Даний метод дозволяє під контролем УЗД провести антеградно дренаж до рівня перешкоди, виконати діагностичну холангіографію і тимчасово усунути холестаза.

Якщо вживання перерахованих лікувальних заходів виявилось неефективним або не представлялося можливим виконати їх технічно, показана мікрохолецистостомія під контролем УЗД або звичайним хірургічним способом.

Найскладніший контингент складають пацієнти, у яких малоінвазивними інструментальними методами не вдалося усунути жовчну гіпертензію і хірургічне втручання вимушено виконується на висоті холестаза. Такі хворі підлягають інтенсивній передопераційній підготовці на протязі доби в умовах відділення реанімації із застосуванням всього комплексу інфузійно-трансфузійної і дезінтоксикаційної терапії. Після зазначеної підготовки виконується хірургічне втручання в мінімальному об'ємі, спрямоване тільки на усунення порушеного відтоку жовчі. Перевищення допустимого об'єму операції в даній ситуації надзвичайно небезпечне для життя хворого. Радикальні операції можуть бути виконані в більш пізні строки після усунення явищ печінкової недостатності і поліпшення загального стану хворого.

Операції при механічній жовтяниці можуть виконуватися як відкритим (через лапаротомію), так і лапароскопічним способом.

Вибір способу операції ґрунтується на наявності відеолапароскопічної техніки і досвіду виконання відповідних хірургічних втручань. При виконанні операції традиційним способом використовуються наступні доступи: верхньо-середина лапаротомія, косі розрізи в правому підребер'ї (Федорова, Кохера). При необхідності великих реконструктивних операцій для зручності виконання

маніпуляцій останніми роками виконують розріз типу “мерседес” або верхній поперековий із перетином обох прямих м’язів живота.

Хірургічні втручання при непрохідності жовчних шляхів пухлинної етіології бувають радикальними і паліативними.

До радикальних операцій на ВДС відносяться ампутація ВДС, економна панкреатогастродуоденальна резекція, панкреатодуоденальна резекція.

Характер паліативних операцій при непрохідності жовчних шляхів залежить від локалізації пухлинного процесу і його протяжності. Головний принцип – створити відтік жовчі із жовчовивідних шляхів, що розміщені вище пухлинного процесу. При цьому відтік жовчі може бути направленим безпосередньо в ШКТ (білідигестивний анастомоз) або назовні (формування жовчної фістули).

**Методи детоксикаційної терапії при печінковій недостатності ділять на дві групи:**

- 1) природної детоксикації організму;
- 2) штучної детоксикації організму.

Група методів природної детоксикації включає в собі трансфузійну терапію, гемодилуцію і дозований діурез. До методів штучної детоксикації відносяться гемодіаліз, лімфосорбція, плазмаферез, екстракорпоральна гемосорбція, екстракорпоральне підключення ізольованої печінки або селезінки.

### **Тестовий контроль:**

1. Для жовтяниці внаслідок холедохолітіазу не характерні:
  - A. \*Уробілінурія
  - B. Підвищення лужної фосфатази
  - C. Нормальний або знижений білок у крові
  - D. Підвищення білірубіну крові
  - E. Нормальні або помірно підвищені трансамінази
2. З переміщенням каменю з жовчного міхура в холедох не розвивається:
  - A. \*Синдром Бадда-Кіарі
  - B. Жовтяниця
  - C. Гнійний холангіт
  - D. Холангіолітіаз



Е. Печінкова коліка

3. Переміжна жовтяниця викликається:
- А. \*Вентильним каменем холедоха
  - В. Пухлиною холедоха
  - С. Каменем протоки міхура
  - Д. Вклиненням каменем термінального відділу холедоха
  - Е. Структурою холедоха
4. Симптом Курвуазьє не спостерігається при раку:
- А. \*Жовчного міхура
  - В. Супрадуоденальної частини холедоха
  - С. Ретродуоденального відділу загальної жовчної протоки
  - Д. Головки підшлункової залози
  - Е. Великого дуоденального сосочка
5. Яке поєднання клінічних симптомів відповідає синдрому Курвуазьє:
- А. \*Збільшений безболісний жовчний міхур у поєднанні з жовтяницею
  - В. Збільшення печінки, асцит, розширення вен передньої черевної стінки
  - С. Жовтяниця, болючий жовчний міхур, місцеві перитонеальні явища
  - Д. Відсутність стільця, переймоподібні болі, поява утвору черевної порожнини
  - Е. Виражена жовтяниця, збільшена горбиста печінка, кахексія
6. Для холангіту найбільш характерне поєднання симптомів: 1. Жовтяниця 2. Лихоманка 3. Анемія 4. Лейкоцитоз 5. Асцит. Правильним буде:
- А. \*1, 2, 4
  - В. 1, 2, 3
  - С. 3, 4, 5
  - Д. 2, 5
  - Е. 2, 3, 5
7. Причиною розвитку механічної жовтяниці у хворого може бути все перераховане, крім:
- А. \*Конкременту в ділянці шийки жовчного міхура
  - В. Збільшення головки підшлункової залози
  - С. Конкременту в проксимальній частини холедоха
  - Д. Папіліту
  - Е. Стенозу дуоденального сосочка
8. При ультразвуковому дослідженні виявлені абсцеси печінки. Є ознаки вираженої інтоксикації. Визначте найбільш раціональний шлях введення антибіотиків на тлі комплексного лікування:
- А. \*Внутрічеревна перфузія
  - В. Інтрадуктально
  - С. У нижню порожнисту вену
  - Д. У підключичну вену
  - Е. Інтраабдомінальні

9. При труднощах у проведенні клінічного диференціального діагнозу у встановленні характеру рідинного утворення печінки необхідно дообстеження:
- \*УЗД з можливою діагностичною пункцією
  - Каваграфія
  - Сцинтиграфія печінки
  - Лапароскопія
  - Аортографія
10. При підозрі на абсцес печінки будь-якого генезу традиційно проводиться рентгенологічне дослідження плевральної та черевної порожнин. Назвіть комбінацію з практично значущих рентгенологічних симптомів при клінічних ознаках абсцесу печінки різних локалізацій: 1. Високе стояння правого купола діафрагми 2. Збільшення ретрогастрального простору 3. Різко виражений пневматоз товстої кишки 4. Чаша Клойбера у правому підребер'ї 5. Випіт в плевральній порожнині. Правильним буде:
- \*1, 2, 5
  - 1,3, 5
  - 1,2,3,4,5
  - 2,3,5
  - 3,4,5.
11. Виберіть потрібну комбінацію синдромів, що зустрічаються при абсцесах печінки різної локалізації: 1. Астено-вегетативного 2. Плеври-легеневого 3. Ниркового 4. Стенокардіотичного 5. Аритмічного 6. Синдрому гнійної інтоксикації 7. Застійного 8. Гіпертонічного 9. Анемічного 10. Геморагічного. Виберіть правильну комбінацію відповідей:
- \*2, 3, 6
  - 3, 4, 5, 9
  - 2, 9, 10
  - 2, 3, 6, 10
  - 7, 8, 10
12. У 20-25% випадків перебіг абсцесів печінки супроводжується розвитком ускладнень: 1. Перитоніт 2. Кишкова непрохідність 3. Внутрішньочеревна кровотеча 4. Піддіафрагмальний абсцес 5. Шлунково-кишкова кровотеча 6. Емпієма плеври 7. Абсцес легені 8. Печінково-бронхіальний свищ 9. Перикардит 10. Холангіт 11. Механічна жовтяниця 12. Зовнішня кишкова норичья
- Виберіть правильну комбінацію відповідей:
- \*1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11
  - 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10
  - 6, 7, 9, 10
  - 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
  - 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10

13. Із зазначених варіантів радикального хірургічного лікування раку печінки найбільш правильними є: 1. Анатомічна резекція печінки 2. Атипова резекція печінки 3. Трансплантація печінки 4. Оментогепатопексія 5. Пломбування печінкової артерії 6. Кавафільтр 7. Перев'язка портальної вени 8. Перев'язка правої і лівої печінкових артерій 9. Дренування холедоха 10. Бігепатикоентероанастомоз. Виберіть правильну комбінацію відповідей:
- A. \*1, 3
  - B. 1, 3, 5
  - C. 2, 4, 5, 6
  - D. 3, 5, 7, 8
  - E. 3, 6, 9, 10
14. Як відомо, самостійного діагностичного значення у верифікації раку печінки лабораторні показники не мають. Визначте, який із зазначених показників може мати додаткове значення при холангіоцеллюлярному раку:
- A. \*Не існує подібних тестів
  - B. Альфа-фетопротеїн
  - C. 3-реактивний протеїн
  - D. Коефіцієнт Рітісом
  - E. Серомукоїд
15. Виберіть патологію, яка не може бути причиною позапечінкової портальної гіпертензії:
- A. \*Блок печінкових капілярів мережі портальної вени
  - B. Кавернозна трансформація портальної вени
  - C. Флебосклероз портальної вени
  - D. Тромбоз ворітної вени, викликаний різними запальними захворюваннями
  - E. Атрезія ворітної вени
16. Виберіть симптом котрий не часто зустрічається при портальній гіпертензії з перерахованих:
- A. \*Жовтяниця
  - B. Спленомегалія
  - C. Геморагічні прояви
  - D. Асцит
  - E. Виникнення колатерального кровообігу
17. Виберіть дослідження, що володіє найбільшою інформативністю у визначенні рівня блоку портального кровообігу:
- A. \*Целіакографія
  - B. Лапароскопія
  - C. УЗД печінки
  - D. ФГДС
  - E. Ендоскопічна ретроградна панкреатографія

18. На операції встановлена причина механічної жовтяниці - метастази раку шлунка у ворота печінки. Тактика:
- A. \*Зовнішня гепатикостома
  - B. Обмежитися лапаротомією
  - C. Бужування звуженої ділянки і дренивання проток
  - D. Транспечінкове дренивання жовчних шляхів
  - E. Гепатикоентеростомія
19. Нормальним тиском у загальній жовчній протоці є наступний показник:
- A. \*60-150 мм вод. ст.
  - B. 10-40 мм вод. ст.
  - C. 200-220 мм вод. ст.
  - D. 250-300 мм вод. ст.
  - E. 300-350 мм вод. ст.
20. Діаметр загальної жовчної протоки в нормі дорівнює:
- A. \*6-7 мм
  - B. 3-4 мм
  - C. 12-14 мм
  - D. 15-20 мм
  - E. 20-25 мм
21. Механічна жовтяниця не виникає при:
- A. \*Стриктурі міхурової протоки
  - B. Стриктурі загального печінкового протоку
  - C. Стриктурі холедоха
  - D. Стриктурі фатерова соска
  - E. Холедохолітази
22. Які оптимальні терміни видалення дренажу з холедоха при неускладненому перебігу післяопераційного періоду:
- A. \*На 19-21 добу
  - B. На 8-10 добу
  - C. На 13-14 добу
  - D. На 4-5 добу
  - E. На 21-28 добу
23. Яке з досліджень слід провести перед видаленням дренажу з загальної печінкової протоки:
- A. \*Черездренажну фістулографію
  - B. Гастродуоденоскопія
  - C. Ретроградну ендоскопічну холангіографію
  - D. Внутрішньовенну холангіографію
  - E. Лапароскопію
24. Вкажіть найбільш інформативні методи дослідження при наявності механічної жовтяниці:
- A. \*Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія
  - B. Дуоденальне зондування

- C. Гастродуоденоскопія
- D. Внутрішньовенна холецистохолангіографія.
- E. Лапароскопія

25. Для уточнення причини механічної жовтяниці не використовується:

- A. \*Внутрішньовенна холецистохолангіографія
- B. УЗД
- C. Ендоскопічна ретроградна холангіографія
- D. Комп'ютерна томографія
- E. Черезшкірна черезпечінкова холангіографія

### **Матеріали методичного забезпечення заняття**

#### **Контрольні питання:**

1. Дати визначення синдрому жовтяниці.
2. Обмін білірубіну.
3. Патогенетична класифікація жовтяниць.
4. Етіологія та механізм розвитку надпечінкових жовтяниць.
5. Клініка, етіологія, механізми розвитку паренхіматозних жовтяниць – ферментативних (доброякісних).
6. Клініка, етіологія, механізми розвитку паренхіматозних цитолітичних жовтяниць.
7. Клініка, етіологія, механізми розвитку паренхіматозних цитолітично-холестатичних та холестатичних жовтяниць
8. Основні причини, механізми розвитку, клінічні прояви підпечінкових жовтяниць.
9. Диференційна діагностика надпечінкової та печінкової жовтяниць.
10. Диференційна діагностика печінкової та підпечінкової жовтяниць.
11. Невідкладна допомога при приступі печінкової коліки.
12. Показання до оперативного лікування при жовтяницях.
13. Основні принципи лікування та профілактики в залежності від рівня ушкодження ланцюга пігментного обміну.
14. Реабілітація хворих на жовтяниці. МСЕК при жовтяницях.

## **Література.**

### ***Основна.***

1. Хірургія /За ред. П.Г. Кондратенка, В.І. Русина,. – Вінниця: Нова книга, 2018. – Т.1. – 710 с
2. Хірургія /За ред. В.І. Русина, П.Г. Кондратенка. – Вінниця: Нова книга, 2018. – Т.2. – 710 с
3. Шалимов А. А. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, Б. В. Доманский. – Київ: Здоров'я, 1993. – 512 с.

### ***Додаткова.***

1. Хірургія. Том 2 / ред. Я. С. Березницький, М. П. Захараш, В. Г. Мішалов. – Дніпропетровськ: РВА Дніпро-VAL, 2007. – 628 с.
2. Герич І. Д. Симптоми і синдроми у хірургії: навчальний посібник / І. Д. Герич, С.Д. Хіміч, А. С. Барвінська та ін.; ред. І. Д. Герич, С. Д. Хіміч. – К. : Медицина, 2016. – 304 с.
3. Клінічна хірургія / За ред. Л.Я.Ковальчука, В.Ф.Саєнка, Г.В.Книшова. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – Т.2. – 504 с.

"ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПРИ ЖОВТЯНИЦЯХ. ПЕЧІНКОВА  
НЕДОСТАТНІСТЬ: ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ, ДИФЕРЕНЦІЙНА  
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ"

Методичні розробки  
для студентів V-VI курсу  
медичного факультету та лікарів-інтернів

Автори:  
доктор медичних наук, професор Русин В.І.  
доктор медичних наук, професор Румянцев К.Є  
асистент кафедри Павук Ф.М.

Відповідальний за випуск: завідувач кафедрою хірургічних хвороб - доктор  
медичних наук, професор Болдіжар П.О.

Підписано до друку 15.01.2019 р. Формат 60x90/16  
Папір друкарський. Друк різнографічний.  
Умовн. друк. арк. 1,3  
Наклад 100 прим.

---

*Розтиражовано з готових оригінал-макетів  
ПП Данило С.І.  
м. Ужгород, пл. Ш.Петефі, 34/1  
Тел.: 61-23-51*