

**Міністерство охорони здоров'я України  
Український центр наукової і медичної інформації  
та патентно-ліцензійної роботи  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця**

**Автори:**

зав. кафедрою інфекційних хвороб,  
член-кореспондент АМН України,  
професор **Возіанова Ж.І.**  
доценти **Шкурба А.В.**  
**Корчинський М.Ч.**  
**Печінка А.М.**

# **ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЖОВТЯНИЦЬ**

**Методичні рекомендації**

**Київ – 2002**

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Український центр наукової і медичної інформації  
та патентно-ліцензійної роботи**

**Кафедра інфекційних хвороб**

**“Узгоджено”**

**Начальник Головного управління  
організації медичної допомоги  
населенню МОЗ України**

**М.П. Жданова**

**«30» травня 2002 р.**

# **ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЖОВТЯНИЦЬ**

**Методичні рекомендації**

**Київ – 2002**

Методичні рекомендації розраховано на студентів старших курсів медичних вузів III-IV рівнів акредитації, лікарів-інтернів різного фаху, практичних лікарів усіх напрямків.

Зав. кафедрою – член-кореспондент АМН України, професор Возіанова Ж.І.

Укладачі: член-кор. АМН України, професор Возіанова Ж.І.  
доц. Шкурба А.В.  
доц. Корчинський М.Ч.  
доц. Печінка А.М.

#### Перелік скорочень:

АЛТ	– аланінамінтрансфераза
АСТ	– аспаратамінотрансфераза
ІФА	– імуноферментний аналіз
ЛДГ	– лактатдегідрогеназа
ГТТП	– гамаглотамінтранспептидаза
ЛФ	– лужна фосфатаза
УЗД	– ультразвукове дослідження
ХВГС	– хронічний вірусний гепатит С
ШЗЕ	– швидкість зсідання еритроцитів

**Жовтяниця** – це жовта пігментація шкіри та склер, пов'язана з відкладанням в них білірубину у зв'язку з підвищенням його рівня в крові. Для жовтяниці обов'язковим є саме забарвлення склер, що відрізняє її від забарвлення шкіри, що обумовлено іншими причинами (наприклад, каротінемія).

Порушення обміну білірубину можливі на різних стадіях. Існують різні класифікації жовтяниць, деякі з них мають в теперішній час суто історичне значення. Найбільше користуються класифікацією, яка враховує місце порушення обміну білірубину (див. таблицю 1). Згідно неї традиційно розрізняють 3 види жовтяниць:

**Надпечінкова** – обумовлена порушеннями, що виникають у печінковій клітині за рахунок збільшеного утворення білірубину, порушення його транспортування до печінки. Вона не є синонімом гемолітичної, тому що остання є складовою частиною надпечінкової жовтяниці.

#### **I. Причини розвитку надпечінкової жовтяниці.**

##### **1. Гемоліз із повільним розгортанням процесу:**

- 1.1. Уроджена сфероцитарна гемолітична анемія;
- 1.2. Уроджена несфероцитарна гемолітична анемія.

##### **2. Гемоліз із швидким розгортанням процесу:**

- 2.1. Інфекційного генезу:
  - малярія;
  - бабезіоз;
  - бартонельоз.
- 2.2. Неінфекційного генезу:
  - набута (автоімунна) анемія;
  - пароксизмальна нічна гемоглобінурія;
  - інфаркт тканин або крововиливи в них;
  - переливання несумісної крові.

##### **3. Нефективність еритропоєзу:**

- 3.1. Серпоподібно-клітинна анемія;
- 3.2. Таласемія.

##### **4. Ураження транспорту непрямого білірубину.**

- 4.1. Жовтяниця новонароджених.

**Печінкова** – пов'язана з ураженням захоплення, кон'югації та транспортування білірубину, яке відбувається на рівні печінкової клітини. Вона не є синонімом паренхіматозної, остання входить до печінкової жовтяниці як складова частина.

#### **II. Причини та хвороби, при яких виникає печінкова жовтяниця.**

##### **1. Недостатність ферментів, що генетично обумовлена:**

- синдром Жильбер–Мейленграхта;
- синдром Кріглер–Найяра;
- синдром Дабін–Джонсона;
- синдром Ротора.

##### **2. Запальний або невизначений за походженням процес у паренхімі печінки:**

- 2.1. Інфекційні (гострі вірусні гепатити, ієрсиніоз і псевдотуберкульоз, інфекційний мононуклеоз, цитомегаловірусний гепатит, герпетичний гепатит, ентеровірусна інфекція, жовта гарячка, гарячка Ку, поворотний тиф, хвороба Лайма, стронгілоїдоз, токсокароз, сепсис, бактерійна пневмонія, сифіліс).
- 2.2. Неінфекційні, що розгортаються гостро:
  - гострі токсичні (в тому числі і медикаментозні) гепатити;
  - гострий алкогольний гепатит;
  - гострий жировий гепатоз вагітних;
  - HELLP-синдром.
- 2.3. Хвороби, що розгортаються повільно:
  - хронічні гепатити (автоімунні, токсичні, вірусні);
  - алкогольна хвороба печінки;
  - цироз печінки.
- 2.4. Хірургічні:
  - абсцес печінки, в тому числі й амебний;
  - первинний рак печінки.

**Холестатична** – виникає через порушення екскреції та транспорту білірубину з печінкової клітини на будь-якому рівні жовчних шляхів. Терміни, що раніше вживалися («обтураційна», «механічна», «підпечінкова») не відображають усіх механізмів виникнення та ділянок розгортання цього виду жовтяниці.

### III. Хвороби, при яких виникає холестатична жовтяниця.

#### 1. Без розширення жовчних проток:

- доброякісний сімейний рецидивуючий холестаз;
- холестаз вагітних;
- медикаментозний холестаз.

#### 2. З розширенням жовчних проток:

- склерозуючий холангіт;
- первинний біліарний цирроз;
- холедохолітіас та камені інших проток;
- різноманітні пухлини із обтурацією або здавленням жовчних шляхів;
- лімфаденіти воротньої ділянки, в тому числі й туберкульозного походження;
- деякі гельмінтози із обтурацією або здавленням жовчних шляхів (аскаридоз, ехінококоз, альвеококоз).

IV. Посидання різних видів жовтяниць: тропічна малярія, лептоспіроз, сепсис, опісторхоз, вірусні гепатити з розвитком холестатичної жовтяниці.

Таблиця 1

Класифікація жовтяниці за місцем виникнення та причинами

Тип жовтяниці	Рівень порушення	Причина
Надпечінкова	Гемоглобін Інші пігменти, що утримують гем	Гемоліз різного походження та швидкості розгортання.
	Гем	Неефективний еритропоез.
	Зв'язування непрямого білірубину в плазмі з транспортними альбумінами	Попшкодження транспорту

Печінкова	Кон'югація непрямого білірубину з глюкуроновою кислотою та утворення прямого білірубину. Його транспорт в гепатоциті	Генетична недостатність ферментів гепатоциту. Запальний або нез'ясований за походженням процес у паренхімі печінки інфекційного та іншого генезу, різної швидкості розгортання та поширення.
Холестатична внутрішньо-печінковий	Екскреція та активний транспорт білірубину в жовчних шляхах	Ліки та інші речовини, які призводять до холестазу. Камені жовчних проток. Пухлини. Лімфаденіти. Окремі паразитарні інвазії. Захворювання підшлункової залози, шлунка, 12-палої кишки
позапечінковий	До кишечника	

### I. Характеристика захворювань, які перебігають з надпечінковою жовтяницею.

Для всіх цих хвороб характерним є гіпербілірубінемія із переважанням непрямої фракції білірубину при незмінності або дуже незначних змінах з боку амінотрансфераз (АЛТ та АСТ), тимолової проби.

**Підвищений гемоліз** незалежно від причини завжди призводить до характерної клінічної триади: анемії, жовтяниці та спленоменгалії. Звичайно відтінок жовтяниці – лимонно-жовтий. В периферійній крові підвищений рівень ретикулоцитів, що вказує на підвищену активність кісткового мозку. В сечі визначається підвищена кількість уробіліну, однак білірубін не виявляється.

У таблиці 2 подані основні ознаки хвороб, які викликають гемоліз із повільним розгортанням процесу:

Таблиця 2

Характеристика хвороб з повільним розгортанням гемолізу

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники
Уроджена сфероцитарна гемолітична анемія	Починається в дитинстві: гемолітичні кризи, після яких з'являється гарячка, біль у правому підбер'язі, гостре збільшення селезінки. Кризи часті, зростає жовтяниця, утворюються пігментні камені у жовчному міхурі. Можливі напади жовчних кольок, трофічні виразки на голішках, астенія, деменція.	Анемія, іноді значна. Еритроцити мають сферичну форму та малий розмір. Знижена їх осмотична резистентність. Антитіла до еритроцитів відсутні. Ретикулоцитоз помірний.
Уроджена несфероцитарна гемолітична анемія буває 2 різновидів:		
– у осіб із зменшеною активністю ферментів гексозного циклу	Починаються у підлітковому періоді: гемолітичні кризи, які провокуються або інфекційною хворобою, або прийомом деяких медикаментів <sup>1</sup> . Криза супроводжується гарячкою, болем в попереку, жовтяницею, спленомегалією. В тяжких випадках жовтяниця стає постійною.	Анемія без морфологічних змін еритроцитів. Ретикулоцитоз помірний <sup>2</sup> .
– у осіб із зниженою активністю ферментів пентозофосфатного циклу	Починається в дитинстві, перебігає із постійною жовтяницею та значною спленомегалією.	Анемія із переважанням макроеритроцитів та значним ретикулоцитозом <sup>2</sup> .

Примітки:

<sup>1</sup> сульфаніламід, фурангоїни, хінін та примахін, ПАСК тощо;

<sup>2</sup> для підтвердження діагнозу необхідні дослідження ферментів еритроцитів.

У наступній таблиці надані основні риси хвороб інфекційного генезу, які призводять до гемолізу із швидким розгортанням процесу.

Таблиця 3

Характеристика інфекційних хвороб із швидким розвитком гемолізу

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники
Маларія <sup>1</sup>	Гарячкові пароксизми з періодами ознобу, жару та пітливості, гепатоспленомегалія, тривалий перебіг хвороби <sup>2</sup> .	Анемія, лейкопенія, підвищення ШЗЕ. В еритроцитах виявляються маларійні паразити. Іноколи еритроцити мають морфологічні зміни <sup>3</sup> . Ретикулоцитоз помірний.
Бабезіоз <sup>4</sup>	Клінічно подібний на маларію, однак явні ознаки хвороби бувають у осіб з імунодефіцитом, спленектомованих.	Анемія, лейкопенія, лімфопенія, підвищення ШЗЕ. В еритроцитах виявляються бабезії. Ретикулоцитоз помірний.
Бартофельоз <sup>5</sup>	Тяжкий перебіг з розвитком вираженої інтоксикації, гарячки, безсоння, значної жовтяниці. Іноді тривалий перебіг з наявністю характерних папульозних висипань на обличчі та кінцівках, незначною гарячкою та жовтяницею.	Виражена нормохромна анемія із переважанням мегалоеритроцитів та значним ретикулоцитозом. Лейкоцитоз із зрушенням вліво.

Примітки:

<sup>1</sup> Хвороба викликається різними видами плазмодіїв, поширена у 140 країнах світу, переважно із теплим кліматом. Передається через укуси комарів, тому великого значення в діагностиці набуває з'ясування епідеміологічного анамнезу – відвідування ендемічних з маларії територій. У зв'язку з нерідкою в наш час нечіткістю у формуванні типового характеру пароксизмів маларії, лікар повинен взяти до уваги таке правило: «Якщо гарячка довше 3-х діб нічим переконливо не пояснюється – необхідно передбачити в комплексі діагностики дослідження крові на маларійний плазмодій». Особливо це потрібно робити при гарячці у осіб, що повернулися з ендемічних районів в термін не менше 3-х років.

<sup>2</sup> При тропічній маларії можливий злюкисний перебіг із розвитком жовтяниці змішаного генезу, тому це буде викладено нижче.

<sup>3</sup> При вівакс-маларії можливо збільшення розміру еритроцитів, при овале-маларії – відповідно поява овальної їх форми.

<sup>4</sup> Хвороба розповсюджена серед великої кількості диких та домашніх тварин, передається через укуси кліщів.

<sup>5</sup> Хвороба поширена у деяких гірських районах Анд, передається через укуси мух.

У наступній таблиці подані основні ознаки хвороб неінфекційного походження, які призводять до гемолізу із швидким розгортанням процесу.

Таблиця 4  
Характеристика неінфекційних хвороб із швидким розвитком гемолізу

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники
Набута (автоімунна) анемія	Має гострий, але іноді і хронічний перебіг. Часто вона є проявом іншої тяжкої хвороби <sup>1</sup> . Характеризується або появою гемолітичних криз, або постійним помірним гемолізом.	Анемія, підвищення ШЗЕ. Ретикулоцитоз м'який. Позитивна проба Кумбса. Виявляються антигени до еритроцитів.
Пароксизмальна нічна гемоглобінурія (хвороба Маркіафави-Мікеле)	В нічний час з'являється біль у животі, тромбози дрібних вен, вранці відзначається потемніння сечі та жовтяниця. В міру збільшення кількості пароксизмів з'являється спленомегалія.	Анемія, незначний ретикулоцитоз після криз. Еритроцити морфологічно не змінені. В сечі виявляється гемоглобін <sup>2</sup> .
Інфаркти тканин або крововиливи в них	Внаслідок інфарктів або крововиливів відбувається посилені позасудинний гемоліз, зазвичай супроводжується жовтяницею, гіпотензією та гіпоксемією.	Анемія, лейкоцитоз, підвищення ШЗЕ. Ретикулоцитоз помірний.
Переливання несумісної крові	Безпосередньо під час або після переливання з'являються ознаки інтоксикації, можливі прояви, подібні до шоку. Швидко наростають ознаки анемії та жовтяниці.	Виразна анемія із переважанням та значним ретикулоцитозом. Лейкоцитоз із зсувом вліво.

**Примітки:**

<sup>1</sup> лімфогранулематозу, лімфолейкозу, дифузних хвороб сполучної тканини тощо. Санация цих захворювань не призводить до припинення гемолізу у зв'язку з автоімунним механізмом.

<sup>2</sup> діагноз встановлюється на підставі підвищеної схильності до гемолізу еритроцитів хворого при підкисленні сироватки (проба Хайна). Неефективність еритропоєзу пов'язана з аномаліями гемоглобіну.

Таблиця 5

Характеристика хвороб, при яких виникає надпечінкова жовтяниця через неефективність еритропоєзу

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники
Серповидноклітинна анемія <sup>1</sup>	Спадкова хвороба <sup>2</sup> , починається в ранньому дитинстві з болу у суглобах, тромбозів дрібних судин, трофічних виразок голівок. Після криз в умовах гіпоксії виявляється жовтяниця та спленомегалія.	Анемія, підвищення ШЗЕ. Еритроцити мають характерну форму. Зменшена швидкість утворення згустку крові.
Таласемія <sup>3</sup>	Спадкова хвороба <sup>4</sup> , яка може перебігати із різним рівнем тяжкості. Тяжкі форми закінчуються летально в перший рік життя. Легкі форми перебігають з незначною астенізацією та жовтяницею.	Гіпохромна анемія різного ступеня із характерною мішенеподібною формою еритроцитів. Підвищена їх осмотична резистентність. Виявляється більше 4% фетального гемоглобіну.

**Примітки:**

<sup>1</sup> в структурі гемоглобіну відбувається генетично обумовлена заміна нормальних амінокислот на аномальні, наслідком чого є поява гемоглобіну, який викликає в умовах гіпоксії зміну форми еритроцитів у вигляді серпа.

<sup>2</sup> поширена в країнах Африки, Середнього і Центрального Сходу.

<sup>3</sup> пов'язана із зберіганням в крові хворих фетального гемоглобіну, який в нормі є у плода і майже повністю цепає з крові за кілька місяців після пологів.

<sup>4</sup> часто зустрічається в середземноморському регіоні. Характерним є підвищений рівень сироваткового заліза.

**Неефективність транспорту непрямого білірубину** і пов'язана з цим знижена доставка та утилізація білірубину виникає при жовтяниці новонароджених. Адаптація дитини до нових умов існування ще не сталася, триває формування системи альбумінів, що транспортують до печінки непрямий білірубін, «тренування» системи кон'югації в гепатоцитах. Тому протягом 1-го тижня життя спостерігається звичайно легка анемія та жовтяниця. Іноді у новонародженого може розвиватися фатальна жовтяниця, яка пов'язана із резус- або іншими конфліктами на тлі недостатнього розвитку системи транспортних білків, що призводить до швидкого переходу великої кількості непрямого білірубину до ЦНС із розвитком тяжкої енцефалопатії. В цій ситуації виявляються ознаки антигенної несумісності матері і плода.

## II. Характеристика захворювань, які перебігають із печінковою жовтяницею.

В основі генетично обумовлених причин печінкової жовтяниці є спадково передані порушення в печінковій клітині, які призводять до змін функції гепатоциту по відношенню до білірубину.

Відомості про хвороби, що виникають через генетично обумовлену недостатність ферментів, надані в таблиці 6.

Таблиця 6

Характеристика хвороб із генетичною недостатністю ферментів гепатоциту

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники та інструментальні дані
Синдром Жильбера	Виникає нерідко в підлітковому віці або після перенесеного вірусного гепатиту, хоча може бути і з раннього дитинства. Помірна жовтяниця та астенізація, які посилюються при тяжких фізичних та розумових навантаженнях, інтеркурентних інфекціях <sup>1</sup> . Гепатоспленомегалії немає.	Гіпербілірубінемія з переважанням непрямой фракції без підвищення активності АЛТ, АСТ, тимолової проби та ЛФ. При пункційній біопсії патоморфологічних змін немає. Анемії та ретикулоцитемії не буває.
Синдром Кріглер – Найяра	Рівень жовтяниці пов'язаний зі ступенем генетичного дефекту. Тяжкий ступінь приводить до значної жовтяниці, швидкого розвитку енцефалопатії та смерті хворого в ранньому дитинстві, в легших випадках білірубін частково виводиться із жовчю, менші ознаки інтоксикації та жовтяниці.	Гіпербілірубінемія з переважанням непрямой фракції, в тяжких випадках зовсім не визначається пряма фракція, стеркобілін в калі та уробілін в сечі <sup>2</sup> . Анемії та ретикулоцитемії не буває.
Синдром Дабін–Джонсона <sup>3</sup>	Поява жовтяниці в період статевого розвитку разом із слабкістю, болем в правому підребер'ї, поступовим збільшенням печінки та селезінки.	Гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції при нормальній активності АЛТ та АСТ, тимолової проби та ЛФ <sup>4</sup> .
Синдром Ротора <sup>5</sup>	Клінічні прояви як при попередньому синдромі.	Гіпербілірубінемія з перевагою прямої фракції. Прямий білірубін представлений в основному моноглюкуронідом. Нормальна активність АЛТ та АСТ, тимолової проби та ЛФ <sup>6</sup> .

## Примітки:

<sup>1</sup> жовтяниця перебігає без свербіння шкіри, ефективно зменшується при призначенні фенобарбіталу, дія якого пов'язана з підвищенням активності ферментів, що каталізують захоплення білірубину печінковою клітиною.

<sup>2</sup> при цитохімічних реакціях відзначається або повне зникнення ферменту глюкуронілтрансфери в гепатоциті, або значне зменшення його активності.

<sup>3</sup> пов'язаний з порушенням транспорту кон'югованого білірубину від лізосом до жовчного капіляру. Відбувається скидання білірубину до кровоносного капіляру.

<sup>4</sup> при холецистографії значне зменшення виведення контрастної речовини в жовч, може не контрастуватися жовчний міхур. При скінтіграфії печінки – порушення видільної функції клітин на тлі збереження її поглинальної функції. При біопсії – характерний зеленувато-коричневий пігмент, структура печінкової долки не змінена.

<sup>5</sup> порушується переважно депонування прямого білірубину, а не його екскреція.

<sup>6</sup> при скінтіграфії не порушена видільна функція гепатоцитів, при холецистографії контраст легко потрапляє в жовч і міхур. На відміну від синдрому Дабін-Джонсона в гепатоцитах відсутній пігмент.

Дані про інфекційні хвороби із запаленням паренхіми печінки, при яких може бути печінкова жовтяниця, надані в таблиці 7.

Таблиця 7

Характеристика інфекційних хвороб, які часто супроводжуються печінковою жовтяницею

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники
Гострі вірусні гепатити А-С	На початку хвороби є диспептичні, астеновегетативні прояви, має місце різної тривалості переджовтяничний період <sup>1</sup> . Поступовий початок жовтяниці, потемніння сечі, знебарвлення калу, збільшення розмірів печінки та селезінки. Тривалість жовтяниці залежить від виду гепатиту, стану макроорганізму тощо.	Гіпербілірубінемія з переважанням прямої фракції з підвищенням активності АЛТ в 25-50 раз, АСТ у меншій мірі, тимолової проби (в залежності від виду гепатиту) та в 1,5-2 рази ЛФ. Нормоцитоз або лейкопенія, лімфоцитоз. ШЗЕ в нормі <sup>2</sup> .



Іерсиніоз та псевдотуберкульоз	Гострий початок хвороби з наявністю гарячки, болю в животі, інколи діареї, артралгій, переважно плямисто-папульозного висипу із згущенням навкруги суглобів, гепатолієнальний синдром. Жовтяниця мінлива, незначна.	Незначна гіпербілірубінемія (зазвичай не більше 100 мкмоль/л) із переважанням прямої фракції. Підвищення активності АЛТ та АСТ незначне. В загальному аналізі крові лейкоцитоз із незначним нейтрофіліозом, помірна еозинофілія. Помірне підвищення ШЗЕ <sup>3</sup> .
Інфекційний мононуклеоз	Незначна інтоксикація, помірна гарячка, прояви продуктивного тонзиліту, гепатоспленомегалія, генералізована лімфаденопатія, іноді незначна і нетривала жовтяниця. Інколи <sup>4</sup> можливий перебіг, що нагадує вірусні гепатити, без позапечінкових проявів.	Незначні гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції, незначне підвищення активності АЛТ та АСТ, без змін тимолова проба. Значно підвищена активність ЛФ. Лейкоцитоз, лімфоцитоз, нейтропенія, збільшена кількість атипових мононуклеарів <sup>5</sup> .
Цитомегаловірусний гепатит <sup>6</sup>	Легкість перебігу жовтяниці при мінімальних проявах інтоксикації та збільшенні печінки.	Незначні гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції і підвищення активності АЛТ та АСТ. Лейкопенія із лімфоцитозом <sup>7</sup> .
Герпетичний гепатит <sup>8</sup>	Переважає у новонароджених, має місце жовтяниця, незначне збільшення печінки. Можливі розсіяні висипання везикульозного характеру. Інколи відбувається генералізація герпесу і тяжкий перебіг хвороби.	Аналогічні попередній хворобі <sup>9</sup> .
Ентеровірусні інфекції	Переважає у новонароджених або осіб із вираженим імунodefіцитом, можливий розвиток генералізованих форм із проявами у вигляді гепатиту, тяжкі ураження мозку, серця, надниркових залоз та ін.	Гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції, помірне підвищення активності АЛТ та АСТ. Значна лейкопенія із лімфоцитозом <sup>10</sup> .

Жовта гарячка <sup>11</sup>	Після 3-4 денного періоду високої гарячки та значної інтоксикації з ознаками геморагічного синдрому поліпшення стану триває до доби, після чого знову з'являється значна гарячка, інтоксикація, виражена жовтяниця, крововиливи у шкіру та різні органи, ознаки ниркової недостатності.	Гіпербілірубінемія з переважанням прямої фракції, підвищення активності амінотрансфераз із перевагою АСТ. Лейкопенія, інколи лейкоцитоз, нейтрофіліоз, тромбоцитопенія <sup>12</sup> .
Ку-гарячка <sup>13</sup>	Жовтяниця зростає разом із гарячкою та незначними ознаками інтоксикації, гепатоспленомегалії.	Незначна гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції при незначно підвищеній активності АЛТ та АСТ, без змін тимолова проби та ЛФ. Нормоцитоз або лейкопенія з помірним лімфоцитозом <sup>14</sup> .
Поворотний тиф <sup>15</sup>	Для хвороби характерними є різної тривалості гарячкові хвилі, які супроводжуються появою жовтяниці у більшості хворих поряд зі значним кістково-м'язовим болем та вираженою інтоксикацією з переважанням процесів гальмування в діяльності ЦНС. Між гарячковими хвилями є різної тривалості періоди нормалізації температури та зникнення основних симптомів	Гіпербілірубінемія з переважанням прямої фракції. Активність АЛТ та АСТ підвищена помірно без суттєвих змін з боку тимолова проби та ЛФ. Нормоцитоз, лімфоцитоз. Діагностика за допомогою мікроскопічного виявлення збудника в крові хворого.
Хвороба Лайма <sup>16</sup>	Жовтяниця разом з гепатитом з'являється лише при тяжкому перебігу хвороби або на тлі характерної кільцеподібної еритеми на місці укусу кліщем, або після її зникнення поряд з появою ураження суглобів, серцевого м'яза та нервової системи у вигляді менингоенцефаліту та поліневритів	Зазвичай гіпербілірубінемія та підвищення активності АЛТ й АСТ незначні. Тенденція до нормоцитозу та лімфоцитозу. Діагноз верифікується за допомогою виявлення антитіл ІgM в ІФА.

Стронгілоїдоз <sup>17</sup>	При тяжкому перебігу інвазії можливо ураження печінкової паренхіми у вигляді вогнищевих некрозів з появою помірної гепатомегалії та жовтяниці на тлі характерної діареї	Гіпербілірубінемія та підвищення активності сироваткових амінотрансфераз незначні. Характерною рисою є значний рівень еозинофілії. Діагноз підтверджується виявленням личинок гельмінту в фекаліях.
Токсокароз <sup>18</sup>	Хвороба маніфестується появою гарячки, пневмонії та гепатиту з помірною жовтяницею.	Помірна гіпербілірубінемія з переважанням прямої фракції. Активність АЛТ, АСТ невисока. Звичайно є помірна еозинофілія. Діагноз підтверджується серологічно.
Сепсис	У деяких хворих на тлі високої гарячки, ознак інфекційно-токсичного шоку та як прояв синдрому поліорганної недостатності можлива жовтяниця <sup>19</sup> .	Гіпербілірубінемія та активність сироваткових амінотрансфераз помірна. Значний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, висока ШЗЕ.
Бактерійна пневмонія	При тяжкому перебігу, особливо у випадках крупозної пневмонії, можлива помірна жовтяниця на тлі незначної гепатомегалії у зв'язку з виникненням токсичного за характером гепатиту.	Гіпербілірубінемія з переважанням прямої фракції при невисокій активності АЛТ та АСТ. Значний лейкоцитоз, нейтрофіліоз.
Сифіліс	Жовтяниця буває при вторинному сифілісі разом з характерним висипом та іншими проявами цього періоду.	Гіпербілірубінемія з переважанням прямої фракції при низькій активності АЛТ та АСТ. Значне підвищення активності ЛФ.

**Примітки:**

<sup>1</sup> буває відсутній у алкоголіків та наркоманів.

<sup>2</sup> для підтвердження діагнозу необхідне обстеження на відповідні маркери гепатитів за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, імуноферментного аналізу та радіоімунного методу.

<sup>3</sup> специфічна діагностика складається з виділення збудників з крові і фекалій з обов'язковим використанням інкубації при низьких температурах, коли виявляється бурхливе зростання ієрсинії, а також проведення

серологічних реакцій (РПГА) у парних сироватках або ІФА з виявленням ІgM.

<sup>4</sup> при парентеральному шляхові передачі від донора, який хворіє на будь-яку форму інфекційного мононуклеозу або є носієм вірусу, у наркоманів.

<sup>5</sup> орієнтовним тестом є реакції гетероаглютинації еритроцитів (Пауль-Буннеля, Гофф-Бауера тощо), які різко позитивні при цьому захворюванні. Однак завжди необхідно зробити ІФА для виявлення ІgM до антигенів вірусу та збільшення їх титру в динаміці.

<sup>6</sup> серед посттрансфузійних гепатитів на цитомегаловірусний припадає до 15%. Слід пам'ятати, що поява гепатиту після трансплантації будь-яких органів і тканин з подальшим застосуванням імунодепресантів в першу чергу повинна спонукати до обстеження на цитомегаловірусну інфекцію!

<sup>7</sup> використовують ІФА, де виявлення ІgM до антигену вірусу трактують на користь гострої хвороби тільки при наростанні титру в динаміці, переважання титрів ІgM над ІgG, тому що цитомегаловірус дуже поширений у природі.

<sup>8</sup> при парентеральній або внутрішньоутробній передачі вірусу.

<sup>9</sup> дивись п. 7

<sup>10</sup> діагностика базується на виявленні ентеровірусів в крові і випорожненнях вірусологічним методом.

<sup>11</sup> хвороба відноситься до геморагічних вірусних гарячок, поширена в Центральній та Південній Америці, Африці, передається через укуси комарів.

<sup>12</sup> підтвердження діагнозу вірусологічним методом або реакцією непрямої імунофлюоресценції.

<sup>13</sup> хвороба викликається *Rochalimea burneti*, розвивається після контакту з великою рогатою худобою або продуктами тваринництва. Характер ураження при цій хворобі обумовлений шляхом передачі.

<sup>14</sup> діагностика базується на проведенні РЗК із зростанням титру антигів в динаміці.

<sup>15</sup> хвороба викликається різними видами борелій, передається за допомогою вошей, переважно платтяних (епідемічний поворотний тиф), та кліщів (ендемічний).

<sup>16</sup> захворювання виникає через укуси кліща; збудником є борелія Бургдорфери.

<sup>17</sup> викликається кишковою вугрицею, основне місце перебування гельмінта – кишківник.

<sup>18</sup> викликається личинками собачих аскарід, які утворюють у внутрішніх органах (особливо в легенях) гранульоми досить великого розміру. Хвороба виникає після контакту з бродячими собаками.

<sup>19</sup> жовтяниця виникає як завдяки формуванню вогнищ запалення в печінці (абсцедування), так і судинним порушенням, токсичному ураженню гепатоцитів.

Дані про неінфекційні хвороби, які перебігають із ураженням паренхіми печінки і розгортаються гостро, наведені в таблиці 8.

Таблиця 8

**Характеристика неінфекційних хвороб, які супроводжуються печінковою жовтяницею із швидким розвитком**

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники
Отруєння з ураженням печінки <sup>1</sup>	Розвивається гостро, іноді блискавично, часто разом із жовтяницею виявляється поліорганність уражень. Переважання проявів з боку того чи іншого органу, порядок розвитку симптомів залежить від отруйного фактора. В анамнезі доволі часто простежується чіткий прямий зв'язок із вживанням (іншим контактом) отрути.	Гіпербілірубінемія з переважанням прямої фракції із значним підвищенням активності АЛТ та АСТ. Зміни інших показників залежать від дії самого отруйного фактору. Деякі отрути можливо виявити лише за допомогою спеціальних досліджень.
Гострі токсичні (в тому числі і медикаментозні) гепатити <sup>2</sup>	Початок хвороби з короткого продрому, жовтяниця з нерізно вираженими диспептичними проявами, незначне збільшення печінки. Інколи <sup>3</sup> на початку хвороби на фоні жовтяниці з'являється свербіння шкіри, висипи за типом кропив'янки, артралгії, васкуліти.	Гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції. Підвищення активності АЛТ та АСТ незначне, ГГТП більше. В загальному аналізі крові нормоцитоз або лейкоцитоз із незначним нейтрофіліозом, можлива еозинофілія.
Гострий алкогольний гепатит <sup>4</sup>	Після значного алкогольного навантаження з'являються виражені диспептичні прояви, нудота, блювання, біль в правому підребер'ї, жовтяниця, гепатоспленомегалія. Частою є гарячка, можливо утворення холестазу.	Гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції, незначне підвищення активності АЛТ та АСТ, підвищення тимолової проби. Значно збільшена активність ЛФ та ГГТП. Лейкоцитоз, нейтрофіліоз.

Гострий жировий гепатоз вагітних <sup>5</sup>	Починається блискавично, з появи сильного головного болю, печії, болю в епігастрії, блювання "кавовою гущею" з домішкою крові, підвищеною збудливістю, неспокою, тахікардії. Швидко прогресує жовтяниця, скорочуються розміри печінки, розвивається ДВЗ-синдром, ниркова недостатність. Можливі значні крововиливи. Полісерозит.	Гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції і незначне підвищення активності АЛТ та АСТ. Значне підвищення рівня сечовини, креатиніну, залишкового азоту. Зміни в коагулограмі, характерні для ДВЗ-синдрому. Лейкоцитоз, нейтрофіліоз, значне підвищення ПІЗБ <sup>6</sup> .
HELLP – синдром <sup>7</sup>	Починається з головного болю, нудоти, блювання, болю в правому підребер'ї. Незначна артеріальна гіпертензія. Жовтяниця, ознаки ДВЗ-синдрому.	Гіпербілірубінемія з переважанням непрямої фракції, підвищення активності АЛТ та АСТ не більше ніж у 20 разів. Помірне підвищення сечовини та креатиніну. Зміни в коагулограмі аналогічні попередній хворобі. Анемія, зниження рівня гематокриту <sup>8</sup> .

**Примітки:**

<sup>1</sup> найчастіше бліда поганка, чотирихлористий вуглець, етиленгіколь, дихлоретан, гідразин та його похідні, окислювачі на основі азотної кислоти.

<sup>2</sup> основне значення належить кустарно виготовленим наркотичним речовинам, лікам. Зараз практично немає лікарського препарату, котрий не міг би викликати токсичний медикаментозний гепатит за рахунок прямої або опосередкованої дії на печінку. Є медикаменти, для яких характерне вельми часте безпосереднє ураження печінки: інгібітори моноамінооксидази, левоміцетин, тетрациклін, аміназин, ПАСК, фторотан, тіазидові діуретики, цитостатики, атрикан, деякі антигельмінтні препарати (екстракт папороті).

<sup>3</sup> при розвитку токсико-алергічного ураження, яке можливе при збільшеній чутливості до препарату і розвивається після вживання малих його доз.

<sup>4</sup> як вважають, є генетично детермінованою реакцією на етиловий спирт. Але після вживання спиртного можливий розвиток токсичного гепатиту, викликаного отруйними домішками в фальсифікованому продукті (наприклад, метиловим спиртом), що не треба плутати з гострим алкогольним гепатитом.

<sup>5</sup> виникає не раніше 28 тижня вагітності.

<sup>6</sup> при УЗД виявляється виражений феномен кінцевого (дистального) згасання ультразвуку, нечіткий судинний малюнок, характерні для жирових уражень печінки.

<sup>7</sup> відносять до гестозів, розвивається не раніше 27 тижнів вагітності, але можливий і відразу після пологів. Аббревіатура складена з перших літер англійських слів, які складають основні клінічні прояви, та означає наявність гемолізу, збільшення активності ферментів печінки і тромбозитопенії.  
<sup>8</sup> при УЗД виявляються ознаки некрозу печінки – зниження ехогенності паренхіми, розмитість її структури, зменшення діаметра печінкових артерій.

Дані про хвороби, що перебігають з ураженням паренхіми печінки і розгортаються повільно, надані в таблиці 9.

Таблиця 9

**Характеристика хвороб, які перебігають повільно, з розвитком печінкової жовтяниці**

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники та інструментальні дані
Хронічні гепатити <sup>1</sup>	Розвиваються повільно, інколи як результат гострого процесу, частіше за все первинно-хронічно. Характерна немотивована слабкість, стомованість. Часто бувають носові кровотечі. Поступово наростає гепатоспленомегалія, щільність цих органів. Інколи збільшується більше ліва доля печінки, інколи відбувається поступове зменшення печінки. На пізніх стадіях можлива жовтяниця, поліорганність уражень.	Лабораторні показники мінливі, в період ремісії можуть досить довго залишатися нормальними. При УЗД підвищення ехогенності паренхіми печінки та селезінки, розширення діаметра та потовщення стінки портальної вени, розмитість паренхіми печінки. Жовчний міхур не спадається. При ХВГС – збільшення лімфатичних вузлів у воротах печінки.
Алкогольна хвороба печінки	Виникає на тлі хронічного алкоголізму, характеризується збільшенням печінки та ознаками ураження підшлункової залози. Жовтяниця виникає лише при супутніх ураженнях (токсичних, вірусних) з помірно вираженими диспептичними проявами.	В період жовтяниці гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції. Підвищення активності АЛТ та АСТ незначне. Значно підвищена активність ЛФ та ГГТП. Анемія, лейкоцитоз, нейтрофілоз. При УЗД виражені ознаки жирового гепатозу – дистальне затухання ультразвуку, розмита картина паренхіми.

Цироз печінки <sup>2</sup>	Остання стадія розвитку хронічного гепатиту. Усі ознаки, які з'явилися в період перебігу хронічного гепатиту, отримують максимальний розвиток. На перший план виступають ознаки портальної гіпертензії: асцит, варикоз вен, формування судинних анастомозів. Жовтяниця нерідко мінімальна <sup>3</sup> . При цирозі, спричиненому HCV-інфекцією, спленомегалія та асцит можуть з'явитися на пізніх етапах розвитку. Нерідко відсутній зв'язок між даними УЗД та тяжкістю циротичних змін.	Гіпербілірубінемія різного спрямування фракцій, незначне підвищення активності АЛТ та АСТ, ГГТП тимолової проби, ЛФ з переважанням АСТ, ГГТП. Зниження рівня білку, альбумінів, факторів згортання крові тощо. При УЗД наявність вузлуватих тіней різного розміру, значне підвищення ехогенності паренхіми печінки та селезінки, їх розмитість, асцит, стійке розширення портальної вени, ригідність та потовщення її стінки, поява анастомозів, здавлення печінкових вен.
----------------------------	---	--

**Примітки:**

<sup>1</sup> причини розвитку різні: токсичні фактори, віруси гепатитів В, С, D тощо.  
<sup>2</sup> в теперішній час розрізняють на крупно- та дрібновузловий, а також біліарний цироз.

<sup>3</sup> обумовлена не тільки внутрішньопечінковими причинами, а також й дифузним зниженням захоплення білірубину печінкою. Нестача транспортного альбуміну виникає нерідко при цирозі, тому в деяких випадках тяжкого перебігу жовтяниця може бути змішаного походження (печінкова + надпечінкова). Може виникати й холестатична, пов'язана із розростанням сполучної тканини, збільшенням лімфатичних вузлів у воротах печінки, що призводить до здавлення як внутрішньопечінкових, так і позапечінкових жовчних шляхів.

Дані про хвороби, що перебігають з гострим ураженням паренхіми печінки та потребують хірургічної допомоги, наведені в таблиці 10.

Таблиця 10

**Характеристика хвороб з розвитком печінкової жовтяниці, які потребують хірургічної допомоги**

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники
Абсцес, в тому числі й амєбний <sup>1</sup>	Характерним є гострий початок з болю в ділянці печінки, підвищення температури тіла, інтоксикації. Нерідким є наявність вогнища запалення в інших органах. При амєбному генезі абсцесу його появу випереджають виражені ознаки коліту.	Як правило, рівень гіпербілірубінемії, активності ЛФ та ГГТП залежить від розмірів абсцесу, місця його знаходження. При його розташуванні в воротній ділянці активність ЛФ, гіпербілірубінемія, можуть бути значимими. Як правило активність АЛТ та АСТ підвищена помірно. Характерним є гіперлейкоцитоз, нейтрофіліоз, значне підвищення ШЗЕ.
Первинний рак печінки <sup>2</sup>	Клінічна картина залежить від місця локалізації пухлини, її розповсюдження в печінці. Частим є схуднення хворого, зменшення апетиту, больові прояви з боку органу.	Рівень гіпербілірубінемії, активності сироваткових амінотрансфераз, ЛФ, тимолової проби визначається також місцем розташування та поширення раку в печінці. Тенденція до анемії, лейкоцитозу, нейтрофіліозу, збільшення ШЗЕ <sup>3</sup> .

## Примітки:

<sup>1</sup> Для діагностики потрібно термінове проведення УЗД печінки.

<sup>2</sup> Нерідким є в теперішній час дифузний розвиток гепатокарциноми. Діагностика теж передбачає проведення на першому етапі УЗД, при підозрі на рак необхідно застосовувати прицільні методи – комп'ютерну рентгенівську та магнітно-резонансову томографію, пункційну біопсію. Обов'язкове дослідження кількості  $\alpha$ -фетопротеїну у крові.

<sup>3</sup> При дифузному рості гепатокарциноми або розвитку цирозу-раку печінки може бути значним рівень підвищення активності сироваткових амінотрансфераз, ГГТП, АСТ частіше переважає АЛТ.

**III. Характеристика хвороб, при яких виникає холестатична жовтяниця.**

Холестатична жовтяниця виникає при ураженні екскреції та транспорту білірубину на будь-якій ділянці жовчних шляхів. Для зручності всі випадки такої жовтяниці розділяють на такі, що перебігають без розширення жовчних проток та такі, які йдуть із

розширенням проток. Для діагностики потрібно обов'язкове проведення УЗД жовчних проток та міхура.

Дані про хвороби, які виникають без ознак розширення жовчних проток через ураження жовчних ходів наведені в таблиці 11.

Таблиця 11

**Характеристика хвороб з холестатичною жовтяницею без ознак розширення жовчних проток**

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники та інструментальні дані
Доброякісний сімейний рецидивуючий холестаз	Починається в ранньому віті, у членів однієї родини з нападів свербіння шкіри і жовтяниці. В період між нападами почувають себе добре. Перебіг хвороби доброякісний, випадків переходу в цироз печінки не виявлено.	В період нападів гіпербілірубінемія з переважанням прямої фракції без підвищення активності АЛТ та АСТ. Значна активність ЛФ, збільшена концентрація жовчних кислот в крові. При УЗД можливе розширення окремих внутрішньопечінкових проток без змін позапечінкових.
Холестаз вагітних <sup>1</sup>	Деяко поступовий початок зі свербіння шкіри, жовтяниці і мінімальних диспептичних проявів. Печінка не збільшується.	Гіпербілірубінемія завдяки прямій фракції, значне підвищення активності ЛФ. Активність АЛТ та АСТ, тимолової проби не змінюється. При УЗД збільшується щільність паренхіми уздовж портальних трактів.
Медикаментозний холестаз <sup>2</sup>	Клінічна картина нагадує попередній стан, чітко розвивається після застосування медикаментів.	Зміни, аналогічні попереднім. При УЗД зміни, як правило, немає або вони відповідають проявам жирового гепатозу.

## Примітки:

<sup>1</sup> вважають, що це ураження розвивається тільки у тих вагітних, які особливо чутливі до підвищеного рівня естрогенів в організмі. У деяких з них вдається з'ясувати, що раніше жовтяниця спостерігалася у них при вживанні протизапальних засобів з естрогенами. Захворювання починається в III триместрі вагітності.

<sup>2</sup> може розвиватися при прийомі естрогенів в якості протизапальних засобів, а також деяких аналогів тестостерону з альфа-заміщеннями в 17-й позиції стероїдного ядра (наприклад, метилтестостерон, нортандролон), мерказолілу, еритроміцину, хлорпропаміду, аміазину та деяких інших.

При хворобах, які перебігають з розширенням жовчних шляхів ретельно проведене УЗД виявляє збільшення діаметра холедоха > 0,8 см та загального печінкового протоку > 0,6 см. Також простежуються розширені внутрішньопечінкові протоки дрібного калібру, які в нормі при УЗД не ресструються. Збільшується об'єм жовчного міхура, який не піддається скороченню після вживання їжі. Завжди переважає пряма гіпербілірубінемія, значно підвищується активність показників холестази – ЛФ, ГТТП.

Дані про хвороби, які супроводжуються холестатичною жовтяницею з розширенням жовчних проток наведені в наступній таблиці.

Таблиця 12

**Характеристика хвороб з холестатичною жовтяницею та розширенням жовчних проток**

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники та інструментальні дані
Склерозуючий холангіт	Хвороба звичайно уражає молодих жінок. Жовтяниця супроводжується періодами свербіття шкіри, субфебрилітетом, іноді незначними диспептичними проявами. На пізніх стадіях хвороби можливий розвиток біліарного цирозу печінки.	При УЗД спочатку відзначається потовщення печінкової паренхіми уздовж портальних трактів, на пізній стадії ці зміни мають дифузний характер, приєднуються вищезгадані зміни позапечінкових шляхів, з'являються й ознаки розростання сполучної тканини. Зазвичай рівень активності АЛТ та АСТ незначний.
Холедохолітіаз та камені інших жовчних проток <sup>1</sup>	Появі жовтяниці передують больовий напад різного ступеня інтенсивності, часто виникає після вживання жирної їжі, алкоголю, значних фізичних навантажень. Жовтяниця з'являється досить швидко після болю.	Дуже швидко прогресує гіпербілірубінемія, зростає активність ЛФ, тоді як показники АЛТ та АСТ збільшуються незначно. При УЗД, поряд з вищезгаданими змінами з боку жовчного міхура та позапечінкових проток, виявляються камені <sup>2</sup> в просвіті міхура та проток, частіше за все в холедоку.

Різноманітні пухлини із обтурацією або здушенням жовчних шляхів <sup>3</sup>	Клінічна картина залежить від виду пухлини, швидкості її росту та місця розташування. Тобто, при ураженні голівки підшлункової залози виражені диспептичні розлади. Загальними проявами при всіх видах пухлин є зниження апетиту, слабкість, схуднення. Можливе також метастазування пухлин різних органів у воротню ділянку печінки.	Рівень гіпербілірубінемії, активності ЛФ обумовлений також особливостями морфогенезу пухлини. Активність АЛТ та АСТ інколи може бути високою, зазвичай вона помірною. Виявляється тенденція до анемії, лейкоцитозу, нейтрофіліозу, підвищення ШЗЕ.
Лімфаденіти портальної ділянки <sup>4</sup> , в тому числі й туберкульозного походження	Звичайно ускладнюють перебіг основних захворювань, при яких виникають. За клінічною картиною нерідко мають гострий початок жовтяниці.	Зміни в загальному аналізі крові характерні для тих хвороб, якими обумовлені лімфаденіти.
Деякі гельмінтози із обтурацією або здушенням жовчних шляхів (аскаридоз, ехінококоз, альвеококоз) <sup>5</sup>	У випадках аскаридозу гельмінт може обтурувати холедох, тому клініка нагадує холедохолітіаз. Ехінококоз та альвеококоз перебігає з ознаками пухлинного росту.	Характерною є еозинофілія крові. Інші лабораторні показники відповідають згаданим вище при наданні загальної характеристики холестатичної жовтяниці. При УЗД у випадку обтурації аскаридою дані непевні. При ехінококозі та альвеококозі <sup>6</sup> виявляється колоподібна структура, яка має характерну тришарову стінку.

**Примітки:**

<sup>1</sup> Обтурація каменем холедоку зустрічається найчастіше. Нерідко в анамнезі у хворих наявність жовчнокам'яної хвороби.

<sup>2</sup> При УЗД камінь виглядає як структура, що дає виражену акустичну тінь.

<sup>3</sup> До цього відносять різні злоякісні пухлини печінки та жовчних проток, гемангіоми, розростання лімфатичних утворень (які дуже подібні при УЗД на пухлини) при хворобі Ходжкіна та інших лімфомах, пухлини фатерового соска та голівки підшлункової залози, метастази пухлин у ворота печінки.

<sup>4</sup> Різноманітні запальні процеси в гепатопанкреатичній ділянці супроводжуються реакцією лімфатичних залоз, які при значному збільшенні можуть здавлювати жовчні протоки. Дуже часто воротня лімфаденопатія зумовлена метастазами пухлин різних органів, нерідко виникає при ХВГС.

<sup>5</sup> Закупорка холедоха при аскаридозі є ускладненням перебігу інвазії. Виникає звичайно при значній кількості аскарід у кишечнику, у випадках, коли

значно зростає антиперистальтика (харчові токсикоінфекції та отруєння, блювання вагітних). Ехінококоз та альвеококоз перебігають повільно, однак на пізніх стадіях розвитку цих паразитарних міхурів можливе здупшення жовчних проток з розвитком холестатичної жовтяниці. Зараження відбувається при контакті з собаками (ехінококоз) або з дикими тваринами (альвеококоз).

<sup>6</sup> У першому випадку міхур є однокамерним, у другому – багатокамерним.

#### IV. Хвороби, при яких виникає багатофакторна жовтяниця.

Таблиця 13

#### Характеристика інфекційних хвороб, які супроводжуються багатофакторною жовтяницею.

Назва хвороби	Клінічні прояви	Лабораторні показники та інструментальні дані
Тропічна малярія <sup>1</sup>	При ускладненій формі разом з проявами, які характерні для всіх форм малярії, з'являється виражена гарячка постійного типу, жовтяниця, причиною якої є масивний гемоліз та можливий розвиток малярійного гепатиту. Див. також описання малярії в розділі "Надпечінкова жовтяниця"	Див. розділ "Надпечінкова жовтяниця". На відміну від інших форм малярії можливий дуже значний гемоліз, значне підвищення активності АЛТ та АСТ.
Лептоспіроз <sup>2</sup>	Гострий початок хвороби з ознобу, гарячки, почервоіння обличчя та кон'юнктив, міалгій, особливо виражених у литкових м'язах. Жовтяниця з'являється в кінці 1-го тижня на тлі зниження гарячки, щезання міалгій, разом з нирковою недостатністю та має змішаний характер – гемолітичний та паренхіматозний.	Гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції <sup>3</sup> . Підвищення активності АЛТ та АСТ незначне. В загальному аналізі крові тромбоцитопенія, виражений лейкоцитоз із нейтрофіліозом, значне підвищення ШЗЕ. Підвищений рівень сечовини, креатиніну, залишкового азоту. В сечі еритроцити та протеїнурія <sup>4</sup> .
Опісторхоз <sup>5</sup>	На ранній стадії нагадує за клінічною картиною токсико-алергічний гепатит. За місяць ці прояви затихають, в подальшому процес проходить з явищами холангіту, рецидивами холестатичної жовтяниці, хоча можлива і поява печінкової	Гіпербілірубінемія із переважанням прямої фракції і незначне підвищення активності АЛТ та АСТ. Значне збільшення активності ЛФ та інших індикаторів холестази. Лейкоцитоз, нейтрофіліоз, еозинофілія.

жовтяниці завдяки виникненню лобарного гепатиту. Жовтяниця може мати змішаний характер: токсико-алергічний та механічний. Далі можливий розвиток біліарного цирозу печінки, карциноми жовчних шляхів.	При УЗД потовщення стінок жовчних шляхів, ознаки хронічного гепатиту, панкреатиту <sup>6</sup> .
---	--

#### Примітки:

<sup>1</sup> при тропічній малярії особливості розвитку паразита обумовлюють порушення кровотоку у капілярах внутрішніх органів з розвитком аносії відповідних ділянок. Тому при значному порушенні кровотоку при цьому виді малярії можливі ускладнення у вигляді церебральної коми, гепатиту, надниркової недостатності тощо. Жовтяниця може мати як надпечінковий, так і печінковий характер.

<sup>2</sup> основним джерелом збудника є гризуни, особливо сірі пацюки, а також велика рогата худоба, собаки. Тому велике значення в діагностиці належить епідеміологічному анамнезу. Жовтяниця виникає у зв'язку з набряком паренхіми печінки із здавленням жовчних капілярів, а також внаслідок загибелі деякої частини печінкових клітин внаслідок порушень кровообігу.

<sup>3</sup> при зараженні штамами лептоспір, які синтезують гемолізін, можливий гемоліз і збільшення непрямої фракції білірубину.

<sup>4</sup> діагноз можливо підтвердити в реакції аглютинації та лізису лептоспір в динаміці досліджень.

<sup>5</sup> зараження відбувається при вживанні погано термічно обробленої або сирого річкової риби.

<sup>6</sup> діагноз підтверджується при виявленні яєць гельмінта у жовчі або фекаліях.

Досить часто в теперішній час ми зустрічаємось з вірусними гепатитами у осіб із ураженнями підшлункової залози, жовчокам'яною хворобою. У ряді випадків це призводить до загострення останніх та появою механічного компоненту жовтяниці. Це тимчасовий стан, що супроводжується утрудненням виділення жовчі в кишечник. Він пов'язаний з процесом, який ми називаємо синдромом «комунальної квартири» – ураження одного з органів дигестивної системи призводить до поєднаного порушення роботи сусідніх органів у зв'язку із спільністю їх системи лімфо- та кровообігу. Інколи при цьому відбувається поява ознак, характерних для холестатичної жовтяниці (з'являється знебарвлення кала, свербіння шкіри та ін.). Цей механічний компонент може зникати разом із зворотнім розвитком вірусного гепатиту, тому ми рекомендуємо в даному випадку консервативну тактику обстеження і спостереження. Проте, іноді відбувається розвиток вірусних гепатитів із загостренням

жовчнокам'яної хвороби і появою холедохолітіазу, а також поєднання вищевказаних гепатитів із пухлинами гепатопанкреатичної зони. При цьому клінічна картина нерідко змінюється, симптоми «накладаються» один на одного, що створює проблеми в діагностиці. У пацієнтів відзначається високий рівень цитолізу, властивий вірусним гепатитам, на фоні ультразвукових змін, властивих картині холестатичної жовтяниці. При подібному поєднанні ми рекомендуємо обов'язкове дослідження маркерів вірусних гепатитів для вирішення питання разом із хірургами про можливий обсяг інструментального обстеження надалі і доцільності його застосування взагалі.

Таким чином, запропоновані схеми дозволяють швидко провести диференційну діагностику жовтяниць у хворих з різноманітною патологією, що дозволяє вчасно розпочати адекватне лікування.

#### **Рекомендована література:**

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби, Т. І. - Київ: "Здоров'я", 2001. - 856 с.
2. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. - М.: МИА, 1999. - 482 с.
3. Лобзин Ю.В., Жданов К.В., Волжанин В.М. Вирусные гепатиты. - СПб.: «Издательство Фолиант», 1999. - 104 с.
4. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита: Практич. рук.: Пер. с нем./Под ред. А.А. Шептуллина. - М.: Гэотар Медицина, 1999. - 432 с.
5. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты - СПб.: ТЕЗА, 1998. - 325 с.
6. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич. рук.: Пер. с англ./Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. - М.: Гэотар. Медицина, 1999. - 864 с.
7. Шлоссберг Дэвид, Шульман Ионас А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. - М.: БИНОМ, 1999. - 306 с.