

**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до практичних занять для студентів 4 курсу
Тема заняття : Захворювання позапечінкових жовчних протоків.

**Навчальна дисципліна Хірургія
Напрямок підготовки Медицина
Спеціальність 222 Медицина
Кафедра хірургії №1**

Київ 2024

Затверджено на засідання кафедри від 26.03.2024р., протокол № 15

Розглянуто та затверджено: ЦМК з хірургічних дисциплін
від «29» березня 2024року, протокол №1

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії № 1:

Укладачі:

- Кучер М.Д., д.мед.н., професор;

- Грицак Л.І., асистент.

Тема заняття : Захворювання позапечінкових жовчних протоків.

Компетенції:

1. інтегральні: здатність розв'язувати складні задачі та практичні проблеми у галузі професійної діяльності 22 “Охорона здоров'я”, що передбачає застосування певних теоретичних знань, вмінь, практичних навичок та методів відповідного професійного спрямування;

2. загальні:

- здатність застосовувати знання у реальних клінічних ситуаціях; проводити дослідження на відповідному рівні;
- демонструвати здатність до адаптації та дій в нових ситуаціях,
- діяти в автономному і командному режимах,
- оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт;
- спілкуватися державною мовою як усно, так письмово, з
- знаходити, опрацьовувати та аналізувати інформацію з різних джерел;
- виявляти та вирішувати проблеми;
- приймати обґрунтовані рішення, формувати базові уявлення, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, підтримці етичних цінностей, знанню важливих етапів вітчизняної історії,
- спроможності усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства з використанням їх у професійній і соціальній діяльності на основі положень фундаментальних наук
- діяльності у відповідності із основними безпечними та етичними принципами (мотивами) .

3. спеціальні (фахові, предметні):

- проведення збору та аналізу інформації від пацієнта (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, епідеміологічний анамнез, алергологічний анамнез);
- проведення фізикального обстеження хворих із захворюваннями позапечінкових жовчних протоків;

- проведення спеціальних методів дослідження хворих із захворюваннями позапечінкових жовчних протоків.
- складання плану лікування пацієнтів із захворюваннями позапечінкових жовчних протоків;
- проведення диференціальної діагностики з іншими захворюваннями даної ділянки;
- планування та проведення профілактичних заходів з метою попередження подальшого розвитку або ускладнення захворювань позапечінкових жовчних протоків.

Мета: : розглянути та засвоїти основні етіологічні чинники, патогенез, класифікацію, клінічну симптоматику, методи діагностики, диференційну діагностику та особливості лікування хворих із захворюваннями позапечінкових жовчних протоків в залежності від особливостей клінічного перебігу основного захворювання, наявності або відсутності його ускладнень та супутньої патології.

Обладнання: ноутбук, тестові завдання, результати інструментальних та лабораторних досліджень, ситуаційні задачі.

План та організаційна структура заняття:

Назва етапу	Опис етапу	Рівні засвоєння	Час
Підготовчий етап	1. Організаційні заходи 2. Постановка навчальних цілей та мотивація. 3. Визначення вхідного рівня знань студентів	Реконструктивний рівень	35 хв
Основний етап	<ul style="list-style-type: none"> • Обговорення теоретичної частини (визначення етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування захворювань позапечінкових жовчних протоків) 	Реконструктивний, творчий рівень	110хв

	<ul style="list-style-type: none"> • Формування професійних вмінь та навичок: <ol style="list-style-type: none"> 1.Провести курацію хворого; 2.Скласти план обстеження хворих з захворюваннями позапечінкових жовчних протоків 3.Провести діагностику та диференційну діагностику 4.Визначити та скласти план лікування 		
Підсумковий етап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контроль та корекція рівня професійних вмінь та практичних навиків: <ul style="list-style-type: none"> • Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи студентів ; • Аналіз та оцінка результатів лабораторних, експериментальних, досліджень; • Рішення нетипових ситуаційних задач, завдань; 2. Підведення підсумків заняття: теоретичного, практичного, організаційного 	Реконструктивний , творчий рівень	35 хв

Зміст теми заняття:

ТОПОГРАФІЧНА АНАТОМІЯ ПЕЧІНКИ.

В печінці розрізняють верхню(діафрагмальну) і нижню (вісцеральну) поверхні. Від діафрагмальної поверхні до діафрагми проходить серпоподібна зв'язка, яка ділить печінку на дві частини –відповідно верхнім поверхням правої і лівої долі. На вісцеральній поверхні розміщуються три борозни (дві сагітальні і, між ними – поперечна), вони знизу розділяють печінку на чотири долі: праву, ліву, квадратну (передня частка серединної ділянки) і хвостату (задня частка серединної ділянки). Поперечна борозна – це місце для воріт

печінки, де залягають власна печінкова артерія, печінковий проток і ворітня вена; тут же, в воротах печінки, дані структури діляться на праву і ліву гілки.

Окрім доль в печінці розрізняють вісім анатомічних сегментів – це пірамідальні ділянки паренхіми печінки, які прилягають до печінкової триади (гілка ворітної вени другого порядку і відповідні їй гілка печінкової артерії і жовчний проток). Знання даної топографії принципово важливо при різних хірургічних втручаннях на печінці: I-III сегменти в лівій долі, IV-VIII сегменти в правій долі.

Печінка практично повністю покрита очеревиною, окрім місця розміщення жовчного міхура і на задній частині її діафрагмальної поверхні – мезоперитонеально.

ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ – це незворотній дифузний процес, який характеризується наявністю фіброзу, перебудовою нормальної архітекτονіки і судинної системи печінки з вузловою трансформацією в внутрішньопечінковими судинними анастомозами.

Основними клінічними проявами цирозу пов'язані з відкладенням фіброзної тканини по ходу синусоїдів, які порушують дифузію харчових елементів із судин в клітини печінки. Внаслідок цього виникає „порочне коло”: гепатоцити без харчування гинуть, і тим самим фіброгенез ще більше порушує трофіку гепатоцитів.

В розвитку цироза печінки доведена етіологічна роль гепатотропних вірусів В, С, D, G, F, алкоголю, генетично обумовлених порушень обміну заліза (гемохроматоз), міді (хвороба Вільсона-Коновалова), дії деяких токсичних і медикаментозних засобів, хвороби жовчних шляхів, сифілісу, малярії, туберкульозу. Частота цирозу невідомої етіології (криптогенних) сягає 25-30%. Розвиток незворотнього склерозу при цирозі печінки зумовлений дифузним ураженням паренхіми, довготривалою дією пошкоджуючого фактору, переважання синтезу колагена над його розпадом.

За міжнародною класифікацією захворювань печінки розрізняють мікронодулярний, макронодулярний і змішаний цироз. Діаметер вузлів регенерації при мікронодулярному цирозі складає менше 3,0 мм, а при макронодулярному – більше 5,0 см. Цироз вірусної етіології за звичай макронодулярний, алкогольний цироз – мікронодулярний.

Цироз печінки найчастіше являється проявом хронічного гепатиту і проходить в своєму розвитку три стадії: 1) початкову, яка нерідко протікає латентно (компенсована стадія) без ознак біохімічної активності; 2) стадію сформованого цирозу з клінічними проявами портальної гіпертензії і функціональних порушень печінки (субкомпенсована стадія) і 3) декомпенсовану стадію з прогресуючим наростанням симптомів портальної гіпертензії і вираженою печінковоклітинною недостатністю. Швидкість прогресування цирозу визначається ступенем активності процесу печінки.

Симптоми активного цирозу печінки проявляються підвищеною втомлюваністю, схудненням. Нерідко відмічається свербіння шкіри, важкість в правому підребер'ї. Об'єктивно виявляється істеричність шкірних покривів і слизових, визначається пальмарна еритема, телеангіоектазії. Характерне збільшення печінки і селезінки. В аналізі крові визначається лейкопенія, тромбоцитопенія, рідше – анемія як прояв гіперспленізма декомпенсованої функції селезінки.

Розрізняють низьку, середню і високу ступінь активності цирозу, яка визначається по комплексу клініко-лабораторних показників і гістологічних змінах печінки. Найбільше діагностичне значення надають рівню активності амінотрансфераз, вмісту гама-глобулінів, альбуміну, білірубіну, показникам осадових проб, морфологічним даним.

Одним із найбільш частих симптомів, які зустрічаються при цирозі печінки є ПОРТАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ (підвищення тиску в системі ворітної вени). Портальна гіпертензія виникає як наслідок порушення кровотоку в портальних судинах, печінкових венах і нижній порожнистій вені. Основні симптоми гіпертензії проявляються розвитком коллатералів на передній черевній стінці, розширенням гемороїдальних вен, вен стравоходу і кардіального відділу шлунку, асцитом, спленомегалією і гіперспленізмом. Портальну гіпертензію поділяють на підпечінкову – перешкода кровотоку локалізується в стовбурі ворітної вени або її основних гілках; надпечінкову – перешкода в позапечінкових відділах печінкових вен або в нижній порожнистій вені проксимальніше місця впадіння в неї печінкових вен; внутрішньопечінкову – перешкода знаходиться в самій печінці.

За клінічним перебігом виділяється три стадії портальної гіпертензії:

1. компенсована – помірне підвищення портального тиску, компенсований внутрішньопечінковий кровоток;
2. субкомпенсована – високий портальний тиск, спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу з кровотечею з них або без неї, виражені порушення портопечінкового кровотоку;
3. декомпенсована – спленомегалія з явищами гіперспленізму, варикозне розширення вен стравоходу з кровотечею з них або без неї, асцит, виражені порушення портопечінкового кровотоку.

Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу і шлунку являється одним із найбільш грізних ускладнень портальної гіпертензії. Смертність після першого випадку кровотечі сягає 45-65%, із хворих які вижили в подальшому 30% гинуть під час рецидиву кровотечі, яка виникає, як правило, на протязі від декількох днів до 6 міс. після першого епізоду. Прогресуючий асцит, який супроводжується підвищення внутрішньочеревного тиску, сприяє підвищенню портального і інтраварикозного тиску, що в свою сергу підвищує ризик виникнення кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу і шлунку.

Печінково-клітинна недостатність являється важким ускладненням цирозу печінки в стадії декомпенсації і основним з обмежуючих факторів при виборі методу оперативного лікування ускладнень портальної гіпертензії. Виділяють наступні стадії порушення функції печінки при цирозі печінки:

- 1 – компенсації;
- 2 – декомпенсації, в якій розрізняють:
 - а) стадію судинної недостатності, яка характеризується стравохідно-шлунковими кровотечами;
 - б) паренхіматозної недостатності;
 - в) паренхіматозно-судинної недостатності
 - г) стадію гепатоцеребральної недостатності, яка перебігає з явищами енцефалопатії.

Печінкова енцефалопатія – синдром, який об'єднує неврологічні і психоемоційні порушення, які зумовлені метаболічними розладами в ЦНС. Розрізняють чотири стадії: продромальна, прекома, ступор, глибока кома. Глибока кома в свою чергу поділяється на ендogenous, екзогенну, мінеральну і змішану. Причинами ендogenousної коми являються масивні некрози паренхіматозної тканини печінки. Екзогенна кома зумовлена поступленням в загальний кровоток аміаку, фенолів, індолів, ароматичних амінокислот із кишечника по обхідних анастомозах в обхід печінки. Причиною розвитку мінеральної коми, як правило, являються порушення електролітного і кислотнolужного стану.

Гепаторенальний синдром – досить часте ускладнення портальної гіпертензії в стадії декомпенсації цирозу печінки. Основною причиною його розвитку є зменшення ефективного ренального кровотоку, яке супроводжується кортикальною ішемією і зниженням гломерулярної фільтрації з розвитком азотемії, гіперкаліємії, метаболічного ацидозу.

Характерним для цирозу печінки стають порушення в системі згортання крові. Зниження рівня коагуляційних факторів, кількісний і якісний дефіцит тромбоцитів є двома складовими причинами порушень в системі гомеостазу.

Гепатоцит – місце синтезу основної маси білків системи згортання крові (вітамінК-залежний фактор, II, VII, IX, і X, а також лабільний фактор V, фактори XI і XII, фібриноген). Період напіввиведення цих білків дуже короткий. Тому гострий некроз печінкових клітин швидко приводить до зниження рівня факторів згортання. Окрім того, при дифузному ураженні печінки визначаються зміни в кількості, структурі і функції тромбоцитів. Збільшення селезінки, а також зниження синтезу тромбopoетину є причиною тромбоцитопенії.

Хірургія портальної гіпертензії нараховує понад сторічну історію. В арсеналі медичної науки існує понад 200 методів оперативних втручань, які направлені на лікування портальної гіпертензії і її ускладнень, багато з яких

мають на сьогоднішній час лише історичне значення. Існуючі методи оперативного лікування ускладнень портальної гіпертензії при цирозі печінки М.Д. Пациора (1984) об'єднала в групи, які направлені на:

1. відведення асцитичної рідини.
2. створення нових шляхів відтоку крові в портальну систему.
3. зниження притоку крові в портальну систему.
4. ліквідація зв'язку вен шлунку і стравоходу з венами портальної системи.
5. підсилення регенерації печінки.

В.І. Русин і співавтори (2001) пропонують в залежності від їх функціонального впливу розділяти оперативні втручання на наступні групи.

I. Операції, які спрямовані на зниження портальної гіпертензії.

1) зниження притоку крові в портальну систему:

- перев'язка або ендovasкулярна емболізація селезінкової артерії,
- перев'язка або ендovasкулярна емболізація печінкової артерії,
- перев'язка або ендovasкулярна емболізація черевного стовбуру,
- спленектомія.

2) відведення крові із портальної системи:

а) органоанастомозуючі операції:

- оментопексія,
- спленопексія в плевральну порожнину чи за очеревинний простір,
- оменторенопексія,
- оментогепатодіафрагмопексія,
- операція Фегерешану.

б) судинно-шунтуючі операції:

- портокавальний шунт,
- спленоренальний шунт,
- мезентерикокавальний шунт,
- мезентерикоренальний шунт,
- TIPSS (трансюгулярне портокавальне стент-шунтування).

II. Операції, які направлені на ліквідацію симптомів і ускладнень портальної гіпертензії.

а) місцева зупинка кровотечі:

- ендоскопічна склеротерапія, кліпування чи коагуляція вен,
- балонна тампонада,
- прошивання вен стравоходу і шлунку,
- емболізація лівої шлункової артерії,
- апаратне прошивання кардіоезофагіального переходу,
- внутрішня фундоплікація кардіоезофагіального переходу.

б) роз'єднуючі операції:

- пересічення кардіального відділу шлунку,
- пересічення абдомінального відділу стравоходу,

- проксимальна резекція шлунку,
- гастректомія,
- операція Sugiura,
- операція Hassab-Raquet.

в) операції, які направлені на відведення асцитичної рідини:

- лімфовенозні анастомози,
- операція Кальба,
- операція Опеля,
- операція Routte (перитонеовенозне шунтування),
- трасюгулярне перитонеовенозне шунтування.

На теперішній час пересадка печінки являється основним методом в лікуванні портальної гіпертензії, зумовленої ураженням печінки в термінальній стадії. Пересадка печінки – одна із найбільш часто виконуючих трансплантацій, яка поступається за частотою лише трансплантації нирок. За 1998 рік в США було виконано 4 450 пересадок печінки. По сприятливим результатам втручань захворювання печінки систематизуються наступним чином:

1. Доброякісні ураження печінки з мінімальним або відсутнім ризиком рецидиву після трансплантації.
2. Доброякісні ураження печінки з високим ризиком рецидиву після трансплантації.
3. Злоякісні ураження печінки.

ПОКАЗАННЯ ДО ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПЕЧІНКИ:

- Алкогольний цироз печінки.
- Атрезія жовчних шляхів.
- Аутоімунний гепатит.
- Біліарний цироз (первинний чи вторинний).
- Вроджений фіброз печінки.
- Доброякісні нерезектабельні пухлини.
- Метастатичні нейроендокринні пухлини.
- Спадкові порушення метаболізму.
- Неонатальний гепатит.
- Нерезектабельна гігантська гемангіома.
- Гостра фульмінантна печінкова недостатність.
- Первинний рак печінки.
- Полікістоз печінки.
- Постнекротичний цироз печінки.
- Синдром Бада-Кіарі.
- Склерозуючий холангіт.
- Важка травма печінки.

Протипоказання поділяються на абсолютні та відносні.

До перших відносяться: виражена серцево-судинна недостатність, зловживання алкоголем, ВІЛ-інфекція, позапечінкові злякисні утворення, сепсис. Відносні протипоказання: активна інфекція і метастатичне ураження печінки.

Ідеальним донором вважається молода, повністю здорова постраждала людина, у якої констатували смерть головного мозку, але адекватно функціонують серцево-судинна система і забезпечується функція дихання.

Поняття сумісництва донорської печінки для конкретного пацієнта включає в себе анатомічне співвідношення правого піддіафрагмального простору і гістосумісності за системами АВ0 і HLA.

Саму трансплантацію печінки можна розділити на два окремих втручання: на донорі – забір печінки і на реципієнті – видалення пошкодженої печінки і імплантації донорської.

ЖОВТЯНИЦЯ.

Жовтяницею називають фарбування шкіри й слизуватих оболонок, склер у жовтуватий колір внаслідок нагромадження в тканинах надлишкової кількості білірубіна. Рівень білірубіна в крові при цьому підвищений. Жовтяниця є клінічним синдромом, характерним для ряду захворювань внутрішніх органів.

Практичному лікареві надзвичайно важливо знати основні причини виникнення жовтяниці, особливості клінічного перебігу й діагностики різних видів жовтяниць. Залежно від причини підвищення рівня білірубіна в крові виділяють три основних типи жовтяниць.

Гемолітична (надпечінкова) жовтяниця виникає в результаті інтенсивного розпаду еритроцитів і надмірного вироблення непрямого білірубіна Ці явища виникають при гіперфункції клітин ретикулоендотеліальної системи (насамперед селезінки), при первинному й вторинному гіперспленізмі. Типовим прикладом можуть служити різні гемолітичні анемії При цьому утворення непрямого білірубіна настільки велике, що печінка не встигає перетворити його у зв'язаний (прямий) білірубін. Причинами гемолітичної жовтяниці можуть бути також різні фактори, які ведуть до гемолізу: гемолітичні отрути, всмоктування в кров продуктів розпаду великих гематом.

Паренхіматозна (печінкова) жовтяниця розвивається в результаті ушкодження гепатоцитів, здатність яких зв'язувати вільний білірубін крові зменшується. При цьому прямий білірубін, що утворився, лише частково надходить у жовчні капіляри, а більша його частини вертається назад у кров'яне русло. Найбільш частими причинами паренхіматозних жовтяниць є вірусний гепатит, лептоспіроз (хвороба Васильєва - Вейля), цироз печінки, отруєння деякими видами токсинів (чотирьох хлористий вуглець, тетрахлоретан, з'єднання миш'яку, фосфору й ін.).

Механічна (підпечінкова, обтураційна) жовтяниця розвивається в результаті часткової або повної непрохідності жовчовивідних шляхів з порушенням пасажу жовчі в кишечник. Механічна жовтяниця частіше зумовлена холедохолітіазом, стриктурою великого дуоденального сосочка, пухлиною голівки підшлункової залози і жовчовивідних шляхів.

На практиці легше всього поставити діагноз гемолітичної жовтяниці. При диференціальній діагностиці паренхіматозної й механічної жовтяниці виникають досить значні труднощі.

При гемолітичній жовтяниці шкірний покрив набуває лимонно-жовте забарвлення, жовтяниця виражена помірно, свербіння шкіри немає. При вираженій анемії можна визначити деяку блідість шкірного покриву й слизових оболонок на тлі наявної жовтяниці. Печінка нормальних розмірів або трохи збільшена. Селезінка помірно збільшена. При деяких видах вторинного гіперспленізму може бути виявлена виражена спленомегалія. Сеча має темний колір за рахунок підвищеної концентрації уробіліногена й стеркобіліногена. Реакція сечі на білірубін негативна. Кал інтенсивно темно-бурого кольору, концентрація стеркобіліну в ньому різко підвищена. В аналізах крові підвищення рівня непрямого білірубіна, концентрація прямого білірубіна не підвищена.

Анемія, як правило, помірно виражена, ретикулоцитоз. ШОЕ підвищена. Печінкові проби, холестерин крові в межах норми. Рівень сироваткового заліза крові підвищений. При паренхіматозних жовтяницях шкірний покрив шафраново-жовтого кольору з рубіновим відтінком. Шкірна сверблячка виражена незначно. Такий характер жовтяниць відзначають тільки на ранніх стадіях її розвитку, а на 3-4 тиж. і далі фарбування шкіри набуває жовтувато-зеленуватий відтінок внаслідок нагромадження в тканинах білівердіну. Печінка збільшена й ущільнена, болюча (при вірусному гепатиті, холангіті), може бути й зменшена, безболісна при пальпації (при цирозі печінки). Селезінка в більшості хворих доступна для пальпації. Доступна пальпації збільшена селезінка майже напевно дозволяє виключити механічний характер жовтяниці. Нерідко при паренхіматозній жовтяниці, зумовленої цирозом печінки, з'являються симптоми портальної гіпертензії (варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальні кровотечі, розширення підшкірних вен передньої черевної стінки). В аналізах крові визначають збільшення ШОЕ, підвищення рівня прямого й непрямого білірубіна, холестерин, як правило, не підвищений. Рівень заліза сироватки крові в нормі або дещо підвищений, концентрація протромбіну знижена. Рівень трансаміназ крові підвищений, особливо значно при паренхіматозній жовтяниці, зумовленої вірусним гепатитом. У сечі реакції на присутність уробіліну й уробіліногена різко підвищені. Білірубінурія має перемежований характер. При важких ураженнях печінкової паренхіми немає білірубінурії. Функціональні проби печінки мають

важливе диференційно-діагностичне значення тільки на ранніх стадіях розвитку жовтяниці. При механічних жовтяницях тривалістю більше 4 тиж. за рахунок вторинного ушкодження гепатоцитів функціональні проби змінюються так само, як і при паренхіматозній жовтяниці.

При механічних жовтяницях шкірний покрив набуває жовтувато-зелене фарбування, а при пухлинах - характерний землистий відтінок. При дуже тривалій механічній жовтяниці шкірний покрив набуває чорнувато-бронзове фарбування.

При obturacійній жовтяниці, зумовленої жовчнокам'яною хворобою, на початку захворювання з'являються характерні приступи болю (печінкова колька. При пухлинах панкреатодуоденальної зони жовтяниця з'являється без відчуття болі.

Свербіння шкіри виражене, особливо при високому рівні білірубінемії. Печінка в більшості хворих не збільшена. У половини хворих з пухлинами панкреатодуоденальної зони виявляють позитивний симптом Курвуаз'є.

Селезінка при механічній жовтяниці не збільшена, не пальпується, лімфатичні вузли не збільшені. Випорожнення мають світле забарвлення, а при повній непрохідності жовчних шляхів (частіше викликане пухлиною) ахолічне. Сеча здобуває темного забарвлення (кольору пива). В аналізі крові відзначається збільшення ШОЕ, лейкоцитоз (при гострому холециститі в поєднанні з холедохолітіазом). Концентрація прямого й непрямого білірубіна в крові різко підвищена. При холедохолітіазі, особливо при так званих "вентильних" каменях, білірубінемія носить ремітуючий характер, білірубінурія й уробілінурія мають перемежований характер. При пухлинах, які визвали повну непрохідність жовчовивідних шляхів, уробілінурія відсутня при збереженні білірубінурії. Рівень холестерину в крові підвищений, концентрація сироваткового заліза в нормі або навіть трохи знижена. Трансамінази крові помірно збільшені, а при тривалій жовтяниці можуть зростати більш значно.

Відомо, що жовтяниця викликає виражені порушення обміну речовин і перед усім білкового, вуглеводного, жирового обміну, обміну вітамінів, порушується система згортання крові, нерідко супроводжується холангітом. Внаслідок цього в передопераційному періоді під час обстеження хворого необхідно проводити комплекс заходів, спрямований на нормалізацію порушених функцій організму, на боротьбу з холангітом, геморагічними розладами, зумовленими порушеннями що системи згортання крові. Ретельна передопераційна підготовка хворих з жовтяницею дозволяє виконати хірургічне втручання в більш безпечних умовах і зменшити частоту післяопераційних ускладнень.

При механічній жовтяниці, обумовленої холедохолітіазом, стенозом великого дуоденального сосочка, новоутвореннями жовчовивідних шляхів і підшлункової залози, показано виконання ендоскопічної ретроградної

панкреатохолангіографії (ЕРПХГ). Суть цього методу дослідження полягає в наступному. Хворому проводять гастродуоденоскопію, у вертикальній гілці дванадцятипалої кишки знаходять великий дуоденальний сосочок, у провіт якого через біопсійний канал ендоскопа вводять тонкий гнучкий катетер. Через цей катетер під контролем рентгентелевізійного екрана вводиться контрастна речовина (тріомбраст, кардіотраст і ін.) і роблять серію рентгенівських знімків.

При цьому можна одержати заповнення як позапечінкових і внутрішньопечінкових жовчних шляхів, так і протоки підшлункової залози (Вірсунгової протоки). Цей спосіб дослідження є досить інформативним, але може бути використаний тільки в певних умовах - під контролем рентгентелебачення, при високій кваліфікації ендоскопіста.

При неможливості виконання ЕРПХГ може бути використана черезшкірночерезпечінкова холангіографія. Цей метод дослідження застосовується при механічній жовтяниці і значному розширенні жовчовивідних шляхів. Роблять черезшкірну пункцію правої частки печінки. Просуваючи голку по напрямку до воріт печінки, пунктують розширену внутрішньопечінкову жовчну протоку, евакуюють жовч і вводять 100-120 мл контрастної речовини, після чого роблять рентгенівський знімок. При даному методі дослідження можна одержати досить чітке зображення жовчовивідних шляхів, виявити причину механічної жовтяниці.

Більш надійно і точно пункція розширених внутрішньопечінкових жовчних ходів здійснюється під візуальним контролем ультразвукового або комп'ютерногомографічного дослідження. У цьому випадку голка точно попадає в жовчний хід. При необхідності у голку вводять провідник, по якому після витягу голки в жовчний хід просувають катетер для рентгенконтрастного дослідження або дронування жовчних шляхів. Після видалення голки з печінки можливе витікання жовчі за рахунок жовчної гіпертензії, що може привести до розвитку жовчного перитоніту і необхідності екстреного хірургічного втручання.

Введення в жовчовивідні шляхи контрастної речовини шляхом пункції жовчного міхура під контролем лапароскопії дає можливість не тільки одержати зображення жовчних шляхів, але й оцінити макроскопічні зміни в печінці, жовчному міхурі й ін. Цей спосіб застосовують при неможливості виконання більше простих методів дослідження - холангіографії, УЗД, ЕРПХГ.

КІСТИ ПЕЧІНКИ – це самостійна генетична одиниця з аутосомальною домінантною спадковістю або являє собою єдиний генетичний дефект з різноманітною поширеністю, який викликає кістозні зміни різних органів. Ряд авторів вважають солітарні кісти печінки локальним проявом полікістозного захворювання. Інші автори вважають, що підчас ембріонального розвитку не

виникає підключення до загальної системи жовчних шляхів окремих внутрішньодолькових і міждолькових жовчних протоків. Епітелій абберантних жовчних ходів активно секретує рідину, в результаті чого вони перетворюються в кісту. Це підтверджується відсутністю жовчі і сполученням кіст з нормальними жовчними протоками в переважній більшості випадків.

Кісти частіше зустрічаються в лівій долі печінки або на передньому краю правої долі. Розрізняють справжні і несправжні кісти печінки. Справжні кісти мають на внутрішній поверхні вистил з циліндричного чи кубічного епітелію.

Несправжні кісти найчастіше є наслідком травми печінки. Їх стінка складається з фіброзно-зміненої тканини печінки або має запальний характер, при якому внутрішній шар кісти являє собою грануляційну тканину. Вміст кісти в основному це світла, прозора або злегка жовтувата рідина з домішками крові чи жовчі.

Кваліфікація паразитарних кіст печінки (Шалімов О.О. і співавт., 1993):

I. По будові стінки кісти:

- 1) справжні;
- 2) несправжні.

II. По кількості кіст:

- 1) поодинокі;
- 2) множинні;
- 3) полікістоз печінки.

III. За клінічним перебігом:

- 1) неускладнені;
- 2) ускладнені (нагноєння, кровотеча в порожнину кісти, розрив стінки, портальна гіпертензія, механічна жовтяниця, печінкова недостатність).

Перебіг практично безсимптомний, а суб'єктивні скарги з'являються лише в тих випадках, коли кіста досягає великих розмірів, що викликає атрофічні зміни тканини печінки і здавлює анатомічні структури. Найбільш частою скаргою є біль постійного характеру в правому підребер'ї чи в епігастральній ділянці. Може досить швидко наставати відчуття ситості і дискомфорт в животі після прийому їжі. Можливе виникнення жовтяниці як наслідок вдавнення жовчних шляхів, дегенерації чи цирозу печінки.

Диференційний діагноз в першу чергу необхідно проводити з паразитарними кістами, для чого проводяться специфічні дослідження крові (серологічні реакції). Також диф. діагноз необхідно проводити з гемангіомами, цистаденомами, ретроперитонеальними пухлинами, пухлинами кишечника, брижі і підшлункової залози. Гостра симптоматика розриву кісти схожа з клінічною картиною при перфораційному апендициті чи виразки дванадцятипалої кишки, гострому панкреатиті чи холециститі, а також можливе співвідношення кіст печінки з даними захворюваннями.

З метою діагностики використовуються наступні методи: ультразвукова діагностика, ангіографія, радіоізотопні методи дослідження (сцинтиграфія), комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна терапія, пункційна біопсія і лапароскопія.

Оперативні втручання при кістах печінки коливаються в межах від пункції кісти до резекції печінки, їх умовно можна розділити на дві категорії:

1. Умовно-радикальні:

- резекція ураженої частини печінки;
- тотальне висічення чи вилучення кісти з її оболонками.

2. Паліативні:

- часткове висічення стінок кісти з ушиванням чи дренажуванням залишкової порожнини;
- розкриття і випорожнення кісти з дренажуванням залишкової порожнини;
- марсупалізація кісти;
- цистоентеростомія, цистогастростомія;
- фенестрація кісти;
- черезшкірна пункційна аспірація;
- криогенна дія на залишкові стінки кісти.

При виконанні переважної більшості оперативних втручань в наш час широко застосовуються ендовідеохірургічні (лапароскопічні) операції.

Рекомендована література :

Базова:

1. Хірургія : у 2-х т. Т. 2. Спеціальна хірургія / Р. О. Сабадишин, В. О. Рижковський, О. В. Маркович, Б. З. Чижишин. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 305-332 с. ISBN 978-966-382-706-3
2. Хірургія : підручник / [Я. С. Березницький О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 171-181 ISBN 978-966-382-834-3
3. Невідкладна хірургія : підручник для студентів VI курсів медичних факультетів медичних вузів / за ред. В. В. Бойка, В. М. Лісового ; Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет. – Харків : НТМТ, 2019. – 308-335 с.
4. Хірургія: підручник /О.Ю.Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. – 5-е вид. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – 286-314 с. ISBN 978-617-505-853-4
5. Oxford Textbook of Surgery (3-Volume Set) 2nd edition (January 15,2000): by Peter J. Morris (Editor), William C. Wood (Editor) By Oxford Press
6. Sabiston Textbook of Surgery 17th edition by Courtney M. Townsend Jr.,Kenneth L. Mattox, B. Mark, MD Evers, Kenneth L., MD Mattox, Courtney Townsend, Daniel Beauchamp, B. Mark Evers, Kenneth Mattox W.B. Saunders Company (June, 2004)

Допоміжна:

1. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY 2-volume set 11th edition 11th Edition/ F. Brunicaardi (Author), Dana Andersen (Author), Timothy Billiar (Author), David Dunn (Author), John Hunter (Author), Lillian Kao (Author), Jeffrey Matthews (Author), Raphael Pollock (Author) - McGraw Hill / Medical,2019. – 2448
2. Kirk's Basic Surgical Techniques, 7th Edition/ By Fiona Myint, FRCS – 2019. – 272

Питання для самопідготовки студента до практичного заняття.

1. Які причини розвитку варикозного розширення вен стравоходу?
2. Які суб'єктивні клінічні ознаки варикозного розширення вен стравоходу?
3. Які об'єктивні клінічні ознаки варикозного розширення вен стравоходу?
4. За якими ознаками формулюється попередній діагноз кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу?
5. Що повинна включати діагностична програма у хворих з варикозно розширеними венами стравоходу?
6. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційну діагностику кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу?
- 3
7. Що включає консервативна терапія кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу?
8. Які оперативні втручання виконуються при кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу?
9. Показання до оперативних втручань з приводу кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу?
10. Дайте визначення механічної жовтяниці?
11. Які найбільш часті причини розвитку механічної жовтяниці?
12. Які причини розвитку гемолітичної (надпечінкової) жовтяниці?
13. Які причини розвитку паренхіматозної (печінкової) жовтяниці?
14. Який сучасний патогенез механічної жовтяниці?
15. Які скарги хворих з механічною жовтяницею?
16. Які об'єктивні клінічні ознаки спостерігаються при механічній жовтяниці?
17. Які лабораторні методи дослідження використовуються для діагностики жовтяниць?
18. Які інструментальні методи дослідження використовуються для діагностики жовтяниць?
19. Диференційна діагностика жовтяниць?
20. Які загальні принципи лікування механічної жовтяниці?
21. Які малоінвазивні оперативні втручання використовуються для ліквідації механічної жовтяниці?
22. Дайте визначення трансплантації?

23. Назвіть види методів трансплантації, в залежності від місця в яке розміщується трансплантат?
24. Назвіть види трансплантатів в залежності від їх генетичної схожості?
25. Сформулюйте юридичне розуміння смерті згідно з „Єдиним законом про визначення смерті”?
26. Які препарати використовуються для проведення імуносупресивної терапії?
27. Назвіть показання до трансплантації печінки?
28. Назвіть протипоказання до трансплантації печінки?