

УДК:616.36-008.5-07

Лавренко Д.О.

АКТУАЛЬНІ ЛАБОРАТОРНІ АСПЕКТИ В ДІАГОСТИЦІ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Проведено аналіз комплексного обстеження в процесі лікування 175 хворих з обтураційною жовтяницею різного генезу, при цьому особливу увагу звернуто на взаємозв'язок цитолітичного та холестатичного синдромів. Встановлено, що між цими видами синдромів при обтураційній жовтяниці існує певний зв'язок, тісно пов'язаний з функціонально-морфологічним станом печінки, що підтверджується даними лабораторних досліджень. Співставлення даних кожного з синдромних показників сприяє підвищенню рівня діагностики, що може бути використано у якості одного із прогностичних критеріїв результатів оперативних втручань та перебігу захворювання.

Ключові слова: обтураційна жовтяниця, діагностика, холестаза, цитоліз, прогностичні критерії.

Діагностика та комплексне лікування обтураційної жовтяниці є однією з найбільш актуальних проблем в клінічній хірургії. В значній мірі це обумовлено збільшенням кількості хворих з різноманітною патологією шлунково-кишкового тракту та порушенням обміну речовин, труднощами діагностики, нерідко запізним лікуванням, значною кількістю післяопераційних ускладнень, стабільно високою летальністю, низькою якістю життя [6, 9, 20].

Відомо, що всі біохімічні реакції в організмі протікають за допомогою ферментів. Ферменти являють собою речовини білкової природи, які здатні каталітично прискорювати хід хімічних реакцій. Вони визначають напрямок чи швидкість та можливість здійснення великого числа хімічних реакцій. У зв'язку з цим діяльність ферментів відіграє вирішальну роль у всіх обмінних процесах. З метою оцінки пошкодження печінки при тому чи іншому захворюванні принципово можливе використання зміни активності в сироватці крові будь-якого фермента, що міститься в печінці. Практичне значення мають ферменти з чітко визначеною межею між нормою та патологією і ті, які володіють коливаннями при патологічних станах [2, 4, 10, 14, 19].

На сьогодні немає єдності в поглядах на оцінку змін активності ферментного спектру при обтураційній жовтяниці, що в значній мірі обумовлено чисельністю методик визначення цієї активності, значною кількістю теорій, пояснюючих ці зміни, протилежністю результатів у окремих дослідників тощо [5, 6, 8, 12].

Важливими показниками функціональної недостатності гепатоцитів є активність холінестерази, яка синтезується тільки в печінці, лактулози, аденозинтрифосфатази і α -гліцерофосфатдегідрогенази, сироваткової псевдохолінестерази, глутаматдегідрогенази, транскетолази, лактатдегідрогенази, сорбітолдегідрогенази і малатдегідрогенази [2, 8, 13, 17]. В цьому зв'язку цікавим є виявлення взаємозв'язку між розвитком цитолітичного та холестатичного синдромів при обтураційній жовтяниці.

Введення в клінічну практику прижиттєвого морфологічного дослідження печінки сприяло виявленню патоморфологічної основи змін біо-

хімічних показників, і, зокрема, ферментів при захворюваннях печінки та магістральних жовчних шляхів. В цьому контексті по патоморфологічному та патофізіологічному принципу виділяють декілька біохімічних синдромів, особливо важливе значення з яких при обтураційній жовтяниці мають синдроми цитолізу та холестази. Синдром цитолізу, або порушення цілісності гепатоцитів, обумовлений порушенням проникності мембран гепатоцитів та їх органел, що веде до попадання складових частин клітин в міжклітинний простір і кров. При цьому на ультраструктурному рівні спостерігаються набухання і порушення чіткості контуру, мембран мітохондрій, розширення цистерн ендоплазматичного ретикулулу. Гістологічні зміни характеризуються зернистою та гідропічною дистрофією гепатоцитів та розвитком некрозів. Для цього синдрому характерні зміни з боку ферментів аланінамінотрансферази (АлТ) та аспартатамінотрансферази (АсТ). Зростання їх активності в сироватці крові відображає їх відносну швидкість, з якою потрапляють вони до кровеносного русла. Активність їх є чутливим індикатором пошкодження печінкових клітин. Існують суперечливі дані щодо змін рівня активності амінотразсфераз. Одні дослідники вважають, що рівень активності амінотрансфераз не має чіткого діагностичного значення, вказуючи на будь-яке ураження паренхіми печінки, включаючи і обтураційну жовтяницю, інші – що діагностичне значення наявне при багатократному перевищенні норми. Важливе значення має відношення АсТ/АлТ, або коефіцієнт де Рітиса, який характеризує тяжкість ураження печінки (в нормі дорівнює 1,33) [11, 15, 17].

Синдром холестази обумовлений порушенням жовчовидільної функції печінкових клітин з порушенням утворення жовчі та ураженням внутрішньопечінкових висхідних жовчних проток. Для цього синдрому характерні зміни з боку лужної фосфатази (ЛФ) та γ -глутамілтранспептидази (γ -ГТП). Термін “лужна фосфатаза” об'єднує групу ферментів, що каталізує гідроліз органічних фосфатних ефірів при оптимальному лужному рН з вивільненням неорганічних фосфатів та органічних радикалів. Основна причина підвищення активності лужної

фосфатази в сироватці крові – підвищення синтезу ферменту в печінці, що залежить від блоку кишково-печінкової циркуляції, а також затримка виділення в жовч. За даними різних авторів, активність ферменту суттєво відображує ступінь непрохідності жовчних шляхів. γ -глутамілтранспептидаза каталізує перехід глутамілгрупи від γ -глутамілпептидів до альфа-амінокислот. Встановлено чутливість ферменту при визначенні пошкодження печінки різноманітними факторами. Вираженість його залежить від тривалості та ступеню біліарної обструкції [1, 3, 7].

До останнього часу тривають дискусії про зміни лабораторних синдромів при обтураційній жовтяниці, спірними залишаються питання вза-

ємозв'язку цитолітичного та холестатичного синдромів при непрохідності жовчних шляхів та її усуненні [13, 16, 18]. Це окреслило мету роботи – визначити характер змін і взаємозв'язок цитолітичного та холестатичного синдромів при обтураційній жовтяниці у хворих.

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексний аналіз обстеження та хірургічного лікування 175 хворих з обтураційною жовтяницею різного генезу зі зверненням особливої уваги на зміни з боку індикаторів цитолітичного та холестатичного синдромів (таблиця 1). Жінок було 102, чоловіків 73. Вік хворих коливався від 28 до 92 років, тривалість жовтяниці від 1 до 30 діб (таблиця 2).

Таблиця 1.
Розподіл хворих за віком та причинами жовтяниці

Причини жовтяниці	До 29 років	30–44 роки	45–59 років	60–75 років	76–89 років	Понад 90 років
Холедохолітиаз	3	14	29	50	14	1
Стеноз ВДС	-	3	5	4	-	-
Рубцеві стриктури	-	3	4	6	1	1
Пухлини гепатобіліарної зони	1	4	10	16	6	-
Всього	4	24	48	76	21	2

Таблиця 2.
Розподіл хворих за тривалістю жовтяниці

Тривалість	До 3 діб	До 7 діб	До 14 діб	До 21 діб	До 28 діб і більше
Всього	84	34	22	21	14

Причинами жовтяниці були холедохолітиаз, стеноз великого дуоденального соска, рубцеві стриктури жовчних шляхів, пухлини печінки, жовчовивідних шляхів та головки підшлункової залози. Усім хворим поряд з анамнестичним опитуванням та фізикальним оглядом проводилися загальноклінічні та біохімічні аналізи крові з визначенням вмісту загального білка та його фракцій, специфічного ферментного спектру: вміст аланінамінотрансферази та аспартатамінотрансферази визначали за методом Райтмана-Френкеля, γ -глутамілтранспептидази – оптимізованим оптичним тестом, лужної фосфатази – за методом Боданського, загального білірубину та його фракцій в сироватці крові, загальний аналіз сечі та діастаза, ультразвукове дослідження гепатопанкреатобіліарної зони. В деяких випадках проводили комп'ютерну томографію, внутрішньовенну та черезшкірну черезпечінкову холангіографію. Застосовували фіброезофагогастро-дуоденоскопію та рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту. Хворим виконувалися традиційні та оригінальні методики операційних втручань, направлені на ліквідацію непрохідності жовчних протоків та адекватного надходження жовчі в травний тракт. Під час оперативного втручання проводили ретельну ревізію органів гепатопанкреатобіліарної зони, черевної порожнини та позаочеревинного простору, визначали прохідність загального жовчного протоку та великого дуоденального соска методом інтраопераційної холангіографії. Також виконували інтраопераційну біопсію тканини печін-

ки та магістральних жовчовивідних шляхів для загальних та спеціальних гістологічних досліджень. В післяопераційному періоді проводили загальноприйняті реабілітаційні міроприємства та методи лікування, біохімічні дослідження крові проводили на 3, 7, 14 добу після операції. Контрольну групу склали 20 хворих віком від 20 до 65 років, госпіталізованих в клініку в плановому порядку з приводу хірургічного лікування неуспішних гриж.

Результати досліджень оброблялися статистично шляхом використання дисперсійного аналізу та оцінки різних середніх у випадках пов'язаних поміж собою даних (Л.С.Камінський, 1964; Г.Крамер, 1965 та інші). По таблиці Стюдента визначали ймовірність різниці (P).

Результати обстеження та їх обговорення

Порівняно з контрольною групою (таблиця 3) звертали на себе увагу зміни ферментного спектру – показників цитолітичного та холестатичного синдромів. Спостерігалось підвищення рівня всіх ферментних показників, причому ці зміни знаходилися в прямій залежності від тривалості жовтяниці (таблиця 4). Так, рівень підвищення АлТ складав від $0,84 \pm 0,19$ мкмоль/г*мл при короткотривалій жовтяниці до $1,35 \pm 0,21$ мкмоль/г*мл при тривалому перебігу захворювання. Подібні зміни спостерігалися і з боку АсТ. На величину цих показників суттєво впливав стан хворого, обумовлений супутніми захворюваннями. Активність ЛФ чітко корелювала з тривалістю жовтяниці, її підвищення відображало

ступінь тяжкості синдрому. Помічено високу чутливість γ -ГТП при обтураційній жовтяниці, що при певних умовах в комплексному дослідженні має високу діагностичну цінність.

Поряд з цим нами звернено увагу на ряд особливостей взаємозв'язку між показниками досліджуваних синдромів. Встановлено, що вираженість синдрому холестази залежить від тривалості жовтяниці та ступеню біліарної обструкції, тоді як вираженість цитолітичного синдрому

мало залежить від тривалості жовтяниці, а обумовлена більше супутніми захворюваннями, індивідуальним станом хворого. Чим раніше до змін ферментів-індикаторів синдрому холестази приєднуються зміни ферментів-індикаторів цитоліза, тим важче перебігає захворювання, збільшується кількість ускладнень у післяопераційному періоді. Ці зміни тісно пов'язані з морфологічними, що може бути одним з критеріїв прогнозу перебігу захворювання.

Таблиця 3.
Ферментний спектр контрольної групи хворих

Показник/од.вимірювання	Склад
АлТ, мкмоль/г*мл	0,68±0,13
АсТ, мкмоль/г*мл	0,89±0,19
ЛФ, нмоль/с*л	292±28,0
γ -ГТП, нмоль/с*л	455±86,0

Таблиця 4.
Зміни ферментного спектру у хворих з обтураційною жовтяницею

Показник	Тривалість жовтяниці			
	До 3 діб n=84	До 7 діб n=34	До 14 діб n=22	Більше 14 діб n=35
АлТ, мкмоль/г*мл	0,84±0,19 p<0,5	1,11±0,17 p<0,05	1,14±0,18 p<0,05	1,35±0,21 p<0,01
АсТ, мкмоль/г*мл	1,2±0,15 p<0,2	1,39±0,16 p<0,05	1,58±0,2 p<0,02	1,6±0,18 p<0,01
ЛФ, нмоль/с*л	381,5±35 p<0,05	408,3±32 p<0,01	839±31 p<0,001	1061±67 p<0,001
γ -ГТП, нмоль/с*л	688±79 p<0,05	892±95 p<0,001	1231±78 p<0,001	1632±67 p<0,001

Висновки

У хворих з обтураційною жовтяницею рано виникають зміни в печінці запально-некротичного характеру, що підтверджується даними лабораторних та морфологічних досліджень, зокрема, ферментів-індикаторів цитолітичного та холестатичного синдромів: АлТ, АсТ, ЛФ, γ -ГТП. Встановлено, що ці синдроми при обтураційній жовтяниці тісно пов'язані поміж собою, корелюючи з функціонально-морфологічним станом печінки, що підтверджується даними лабораторних досліджень. Співставлення даних кожного з синдромних показників сприяє підвищенню рівня діагностики, що може бути використано у якості одного із прогностичних критеріїв результатів оперативних втручань та перебігу захворювання.

Література

1. Василюк М.Д. Гостра печінкова недостатність у хворих на обтураційну жовтяницю / М.Д. Василюк, С.М. Василюк, А.Г. Шевчук, В.М. Федорченко // Галицький лікарський вісник. — 2012. — т.19, № 3(ч.1). — С.111-113.
2. Даценко, Б.М. Критерии диагностики и принципы лечения обтурационной желтухи и ее осложненных форм-острого холангита и билиарного сепсиса / Б.М. Даценко, В.Б. Борисенко // Клінічна хірургія. — 2013. — № 3. — С.5-8.
3. Даценко Б.М. Коррекция печеночной дисфункции у больных при обтурационной желтухе / Б.М. Даценко, Т.И. Тамм, В.Б. Борисенко, К.А. Крамаренко // Клінічна хірургія. — 2013. — № 4. — С.9-12.
4. Дзюбановський І.Я. Невідкладні мінінвазивні втручання у хворих на обтураційну жовтяницю / І.Я. Дзюбановський, О.І. Дзюбановський, І.І. Смачило, М.М. Галей // Харківська хірургічна школа (Дар). — 2014. — № 3. — С.28-30.
5. Запорожченко Б.С. Сучасні підходи до лікування хворих з обтураційною жовтяницею доброякісного генезу / Б.С. Запорожченко, А.А. Горбунов, П.Т. Муравйов та ін. // Науковий вісник Ужго-

- родського університету.Серія Медицина (в дар). — 2014. — № 1 (49). — С.80-82.
6. Иоффе И.В. Применение плазмафереза в послеоперационном периоде у больных при обтурационной желтухе / И.В. Иоффе, В.П. Потеряхин // Клінічна хірургія. — 2012. — № 2. — С.36-38.
7. Колкін Я.Г. Возможности диагностики та хірургічного лікування обтураційної жовтяниці після холецистектомії / Я.Г. Колкін, О.Є. Кузьменко, В.В. Хацко та ін. // Міжнародний вісник медицини (в дар). — 2011. — т.4, № 1-2. — С.44-46.
8. Кондратенко П.Г. Мини-инвазивные технологии у пациентов с острым блоком терминального отдела холедоха / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // Український журнал хірургії. — 2013. — № 3. — С.80-83.
9. Кондратенко П.Г. Тактичний алгоритм при обтураційній жовтяниці / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, М.Л. Смирнов // Шпитальна хірургія. — 2009. — № 1. — С.42-43.
10. Крышень В.П. Лечение-диагностическая тактика у больных с синдромом обтурационной желтухи / В.П. Крышень, Д.Ю. Рязанов, А.А. Полудов [и др.] // Харківська хірургічна школа (Дар). — 2013. — № 5. — С.19-25.
11. Насташенко И.Л. Рентгеноэндоскопические вмешательства по поводу билиарной обструкции неопухового генеза / И.Л. Насташенко // Клінічна хірургія. — 2015. — № 6. — С.11-14.
12. Ничитайло М.Ю. Об'єктивні критерії оцінки тяжкості стану з обгрунтуванням вибору тактики хірургічного лікування хворих на ускладнені непухлинні обтураційні жовтяниці / М.Ю. Ничитайло, А.І. Годлевський, С.І. Саволук // Шпитальна хірургія. — 2010. — № 3. — С.16-19.
13. Плотникова Е.Ю. Состояние жизни и психический статус пациентов с разными болезнями желчевыводящих путей / Е.Ю. Плотникова // Сиб. вестн. гепатол. и гастроэнтерол. — 2009. — № 23. — С. 18-21.
14. Саволук С.І. Порівняльний аналіз післяопераційної безпеки методів хірургічного лікування хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею / С. І. Саволук // Харківська хірургічна школа (Дар). — 2014. — № 1. — С.115-120.
15. Смачило І.І. Аргінін у комплексному лікуванні хворих на обтураційну жовтяницю / І. І. Смачило // Вісник наукових досліджень. — 2013. — № 2. — С.79-81.
16. Смирнов Н.Л. Профилактика осложнений хирургического лечения обтурационной желтухи / Н.Л. Смирнов // Український журнал хірургії. — 2012. — № 4. — С.92-95.
17. Старосек В.Н. Современние тенденции хирургического лечения больных с обтурационной желтухой,осложненной печеночной недостаточностью / В.Н. Старосек, С.С. Хилько, А.К. Влахов // Клінічна хірургія. — 2009. — № 4. — С.15-18.

18. Шабат Г.І. Вибір методу жовчовідведення за тривалої обтураційної жовтяниці / Г.І. Шабат // Клінічна хірургія. — 2013. — № 1. — С.9-11.
19. Abou-Saif A. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome,olecystocholeodocheal fistula and gallstone ileus / A. Abou-Saif, F.H. Al-Kawas // Am. J. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 97. — P.249–254.
20. Hamouda A.H. Intraoperative cholangiography facilitates simple transcystic clearance of ductal stones in units without expertise for laparoscopic bile duct surgery / A.H. Hamouda, M. Khan, A.H. Nassar // Surg. Endosc. — 2009. — Vol. 21, № 6. —P.955–959.
9. Kondratenko P.G. Taktichnij algoritm pri obturacijnij zhovtjanici / P.G. Kondratenko, M.V. Kon'kova, M.L. Smirnov // Shpital'na hirurgija. — 2009. — № 1. — С.42-43.
10. Kryshen' V.P. Lechebno-diagnosticskaja taktika u bol'nyh s sindromom obturacijnoj zheltuhi / V.P. Kryshen', D.Ju. Rjazanov, A.A. Poljudov [i dr.] // Harkivs'ka hirurgichna shkola (Dar). — 2013. — № 5. — С.19-25.
11. Nastashenko I.L. Rentgenoendoskopicheskie vmeshatel'stva po povodu biliarnoj obstrukcii neopuholevogo geneza / I.L. Nastashenko // Klinichna hirurgija. — 2015. — № 6. — С.11-14.
12. Nichitajlo M.Ju. Ob'ektivni kriterii ocinki tjazhkosti stanu z obgruntuvannjam vboru taktiki hirurgichnogo likuvannja hvorih na uskladneni nepuhlinni obturacijni zhovtjanici / M.Ju. Nichitajlo, A.I. Godlevs'kij, S.I. Savoljuk // Shpital'na hirurgija. — 2010. — № 3. — С.16-19.

References

1. Vasiljuk M.D. Gostra pechinkova nedostatnist' u hvorih na obturacijnu zhovtjanicu / M.D. Vasiljuk, S.M. Vasiljuk, A.G. Shevchuk, V.M. Fedorchenko // Galic'kij likars'kij visnik. — 2012. — t.19, № 3(ch.1). — С.111-113.
2. Dacenko, B.M. Kriterii diagnostiki i principy lechenija obturacijnoj zheltuhi i ee oslozhnennyh form-ostrogo holangita i biliarnogo sepsisa / B.M. Dacenko, V.B. Borisenko // Klinichna hirurgija. — 2013. — № 3. — С.5-8.
3. Dacenko B.M. Korrekcija pechenochnoj disfunkcii u bol'nyh pri obturacijnoj zheltuhe / B.M. Dacenko, T.I. Tamm, V.B. Borisenko, K.A. Kramarenko // Klinichna hirurgija. — 2013. — № 4. — С.9-12.
4. Dzubanovs'kij I.Ja. Nevidkladni miniinvazivni vtruchannja u hvorih na obturacijnu zhovtjanicu / I.Ja. Dzubanovs'kij, O.I. Dzubanovs'kij, I.I. Smachilo, M.M. Galej // Harkivs'ka hirurgichna shkola (Dar). — 2014. — № 3. — С.28-30.
5. Zaporozhchenko B.S. Suchasni pidhodi do likuvannja hvorih z obturacijnoju zhovtjaniceju dobrojakisnogo genezu / B.S. Zaporozhchenko, A.A. Gorbunov, P.T. Muravjov ta in. // Naukovij visnik Uzhgorod's'kogo universitetu.Seriya Medicina (v dar). — 2014. — № 1 (49). — С.80-82.
6. Ioffe I.V. Primenenie plazmafereza v posleoperacijnom periode u bol'nyh pri obturacijnoj zheltuhe / I.V. Ioffe, V.P. Poterjahn // Klinichna hirurgija. — 2012. — № 2. — С.36-38.
7. Kolkina Ja.G. Mozhlivosti diagnostiki ta hirurgichnogo likuvannja obturacijnoj zhovtjanici pislja holecistektomii / Ja.G. Kolkina, O.Є. Kuz'menko, V.V. Hacko ta in. // Mizhnarodnij visnik medicini (v dar). — 2011. — t.4, № 1-2. — С.44-46.
8. Kondratenko P.G. Mini-invazivnye tehnologii u pacientov s ostrym blokom terminal'nogo otdela holehoda / P.G. Kondratenko, A.A. Stukalo // Ukraïns'kij zhurnal hirurgii. — 2013. — № 3. — С.80-83.
13. Plotnikova E.Ju. Sostojanie zhizni i psihicheskij status pacientov s raznymi boleznyami zhelchevyvodjashhih putej / E.Ju. Plotnikova // Sib. vestn. gepatol. i gastroenterol. — 2009. — № 23. — С. 18-21.
14. Savoljuk S.I. Porivnjal'nij analiz pisljaoperacijnoi bezpeki metodiv hirurgichnogo likuvannja hvorih z nepuhlinoju obturacijnoju zhovtjaniceju / S. I. Savoljuk // Harkivs'ka hirurgichna shkola (Dar). — 2014. — № 1. — С.115-120.
15. Smachilo I.I. Arginin u kompleksnomu likuvanni hvorih na obturacijnu zhovtjanicu / I. I. Smachilo // Visnik naukovih doslidzhen'. — 2013. — № 2. — С.79-81.
16. Smirnov N.L. Profilaktika oslozhnenij hirurgicheskogo lechenija obturacijnoj zheltuhi / N.L. Smirnov // Ukraïns'kij zhurnal hirurgii. — 2012. — № 4. — С.92-95.
17. Starosek V.N. Sovremennije tendencii hirurgicheskogo lechenija bol'nyh s obturacijnoj zheltuhju,oslozhnennoj pechenochnoj nedostatochnost'ju / V.N. Starosek, S.S. Hil'ko, A.K. Vlahov // Klinichna hirurgija. — 2009. — № 4. — С.15-18.
18. Shabat G.I. Vibir metodu zhovchovidvedennja za trivaloi obturacijnoj zhovtjanici / G.I. Shabat // Klinichna hirurgija. — 2013. — № 1. — С.9-11.
19. Abou-Saif A. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome,olecystocholeodocheal fistula and gallstone ileus / A. Abou-Saif, F.H. Al-Kawas // Am. J. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 97. — P.249–254.
20. Hamouda A.H. Intraoperative cholangiography facilitates simple transcystic clearance of ductal stones in units without expertise for laparoscopic bile duct surgery / A.H. Hamouda, M. Khan, A.H. Nassar // Surg. Endosc. — 2009. — Vol. 21, № 6. —P.955–959.

Реферат

АКТУАЛЬНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ

Лавренко Д.А.

Ключевые слова: обтурационная желтуха, диагностика, цитоллиз, холестаз, прогностические критерии.

Проведен анализ комплексного обследования в процессе лечения 175 больных с обтурационной желтухой, при этом особое внимание обращено на взаимосвязь холестатического и цитолитического синдромов. Установлено, что между этими видами синдромов при обтурационной желтухе отмечается определенная связь, тесно связанная с функционально-морфологическим состоянием печени, что подтверждается данными лабораторных исследований. Сопоставление данных каждого из синдромных показателей способствует повышению уровня диагностики, что может быть использовано в качестве одного из прогностических критериев результатов оперативных вмешательств и течения заболевания.

Summary

CURRENT ISSUES IN LABORATORY DIAGNOSIS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Lavrenko D. A.

Key words: obstructive jaundice, diagnosis, cytolysis, cholestasis, prognostic criteria.

The paper focuses on the data obtained by carrying complex investigation of 175 patients with obstructive jaundice, and special attention was paid to the relationship of cytolytic and cholestatic syndromes. There was a correlation between these syndromes of obstructive jaundice, closely related to functional and morphological state of the liver, which was confirmed by laboratory tests. Comparison of the data of each of the syndromic indicators helps to improve diagnostic accuracy that can be used as a prognostic criterion for surgical interventions and course of the disease.