

18. Ючино К, Пари Д, Гротта Д. Острый инсульт. Пер. с англ. М.: ГЭОТАР;2012. 255 с. [Uchino K, Pary J, Grotta J. Acute Stroke Care. Moscow: GEOTAR;2012. 255 p. (Russ. ed.: Yuchino K, Pati J, Grotta J. Ostyi insult. Moscow: GEOTAR;2012. 255 p.)].

19. Ураков АЛ, Самородов АВ, Камиллов ФХ, Мустафин ИГ, Халиуллин ФА. Особенности экспрессии Р-селектина и агрегации тромбоцитов под действием лекарственных препаратов. Фармация. 2017;66(3):43-46. [Urakov AL, Samorodov AV, Kamilov FK, Mustafin IG, Khaliullin FA. P-selectin expression of and platelet aggregation under the action of drugs. Pharmacy. 2017; 66(3):43-46 (in Russ.)].

20. Ураков АЛ, Самородов АВ, Камиллов ФХ, Халиуллин ФА. Полирегионарная агрегатометрия крови пациентов с острым тромбозом, как потенциальная модель доклинических исследований новых корректоров системы гемостаза ex vivo. Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2017;16(1):65-71. [Urakov AL, Samorodov AV, Kamilov FK, Khaliullin FA. Polyregional aggregatometry of blood in patients with acute thrombosis as a potential model for preclinical studies of new correctors of hemostasis system ex vivo. Regional Haemodynamics and Microcirculation. 2017;16(1):65-71 (in Russ.)].

DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-3-54-59

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Д.А. Валишин¹, Р.Т. Мурзабаева¹, А.П. Мамон¹, Л.В. Арсланова¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия

Валишин Дамир Асхатович – доктор медицинских наук, профессор, кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Мурзабаева Расима Тимерьяровна – доктор медицинских наук, профессор, кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Мамон Андрей Петрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Арсланова Лира Валерьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Цель работы - изучение клинико-лабораторных особенностей желтух с выделением наиболее информативных дифференциально-диагностических признаков болезней у пациентов, направленных в инфекционный стационар.

Материалы и методы. Проанализировано 127 амбулаторных и стационарных карт пациентов с синдромом желтухи. Использовались дополнительные методы исследований (общий и биохимический анализы крови, серологические и генно-молекулярные маркеры вирусных гепатитов, ФГДС, УЗИ, КТ и МРТ органов брюшной полости).

Результаты. Проводился комплексный анализ клинико-anamnestических данных и результатов дополнительного обследования больных, направленных в инфекционную клиническую больницу № 4 г. Уфы с подозрением на острые, хронические гепатиты и циррозы печени вирусной этиологии. Выделены наиболее информативные клинико-anamnestические данные, клинико-биохимические и сероиммунологические показатели при дифференциальной диагностике надпеченочных, печеночных невирусной этиологии и подпеченочных желтух, обусловленных острой хирургической патологией (токсические гепатиты, синдром Жильбера, калькулезный холецистит, острый панкреатит) и онкологическими заболеваниями органов брюшной полости (печени, поджелудочной железы, желудка, кишечника). В результате был установлен неинфекционный характер желтухи, и пациенты переведены в профильные стационары.

Заключение. Своевременная правильная оценка вида желтухи определяет дальнейшую врачебную тактику, объем лечебных мероприятий и место их проведения. При дифференциальной диагностике желтух следует тщательно анализировать клинико-anamnestические данные, функциональные печеночные пробы, а также использовать дополнительные инструментальные методы исследования.

Ключевые слова: синдром желтухи, дифференциальная диагностика, клинико-anamnestические данные, лабораторные и инструментальные методы исследований

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF JAUNDICE IN THE CLINIC OF INFECTIOUS DISEASES

Damir A. Valishin¹, Rasima T. Murzabayeva¹, Andrey P. Mamon¹, Lira V. Arslanova¹

¹ Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

Valishin Damir Askhatovich – MD, Professor, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

Murzabaeva Rasima Timeraynovna – MD, Professor, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

Mamon Andrey Petrovich – PhD, Associate Professor, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

Arslanova Lira Valerevna – PhD, Associate Professor, Department of Infectious Diseases with a Course of EITI, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

Aims: The purpose of the study is to study the clinical and laboratory features of jaundice with the identification of the most informative differential diagnostic signs of diseases in patients sent to an infectious inpatient facility.

Materials and methods. 127 outpatient and inpatient maps of patients with jaundice syndrome were analyzed. Additional methods of investigation (general and biochemical blood tests, serological and genetic-molecular markers of viral hepatitis, FGDS, ultrasound, CT and MRI of abdominal cavity organs) were used.

Results. Conducted a comprehensive analysis of the clinical anamnesis data and additional tests patients referred to hospital infectious clinical № 4 Ufa with suspected acute, chronic hepatitis and cirrhosis of viral etiology. The most informative clinical and anamnestic data, clinical-biochemical and seroimmunological indices in the differential diagnosis of superhepatic, hepatic non-viral etiology and subhepatic jaundice caused by acute surgical pathology (toxic hepatitis, Gilbert's syndrome, calculous cholecystitis, acute pancreatitis) and oncological diseases of the abdominal cavity organs (liver, pancreas, stomach, intestines). As a result, non-infectious jaundice was established and patients were transferred to profile hospitals.

The conclusion. Timely correct evaluation of the type of jaundice determines further medical tactics, the volume of medical measures and the place of their conduct. In the differential diagnosis of jaundice should carefully analyze the clinical and medical history, liver function tests, also use additional instrumental examination methods.

Keywords: jaundice syndrome, differential diagnosis, clinical and anamnestic data, laboratory and instrumental research methods.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром желтухи наблюдается при многих как инфекционных, так и неинфекционных заболеваниях, и дифференциальная диагностика синдрома желтухи является важной в работе врача первичного звена и инфекциониста [1,2,3]. Желтуха всегда связана с гипербилирубинемией и проявляется желтушным окрашиванием кожи и видимых слизистых оболочек и становится заметной при уровне билирубина в крови 35-45 мкм/л [4,5]. Врачу, прежде всего, приходится ориентироваться на характер гипербилирубинемии. Выделяют 3 вида желтух. При повреждении печеночных клеток и внутрипеченочном холестазах (печеночная желтуха) в крови происходит повышение уровня билирубина за счет связанной и свободной фракций, при внепеченочной обструкции (подпеченочная желтуха) - за счет связанной фракции [1,4,5]. На фоне повышенного распада эритроцитов (надпе-

чеченная желтуха) в сыворотке крови нарастает количество свободного билирубина.

Целью работы явилось изучение клинко-лабораторных особенностей желтух с выделением наиболее характерных информативных дифференциально-диагностических признаков болезней у пациентов, направленных в инфекционный стационар.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализировано 127 амбулаторных и стационарных карт пациентов с синдромом желтухи, направленных с подозрением на вирусные гепатиты (ВГ) и обследованных в приемном и гепатитном отделениях клинической инфекционной больницы (ИКБ) № 4 г.Уфы (табл.1).

Таблица 1 – Структура непрофильных больных, направленных в инфекционный стационар

Нозология непрофильных болезней	Численность больных	
	абсолютное число	%
Токсический гепатит	14	11,1
Синдром Жильбера	20	15,7
Циррозы печени	35	27,5
Гемолитическая анемия	2	1,6
Калькулезный холецистит	20	15,7
Острый панкреатит	23	18,1
Неопластические подпеченочные желтухи	11	8,7
Первичный рак печени	2	1,6
Всего	127	100

Как следует из таблицы 1, среди непрофильных пациентов чаще регистрировались больные с печеночной желтухой невирусного происхождения (55,9%), далее – с подпеченочной желтухой (44,1%) и лишь в 1,6% случаев – с надпеченочной желтухой.

При проведении дифференциальной диагностики помимо клинико-анамнестических и объективных данных в приемном отделении инфекционной больницы использовались результаты дополнительных исследований (общий и биохимический анализы крови, определение HBsAg и anti-HCV экспресс-методом, УЗИ органов брюшной полости). Большинство заболеваний (83 случая) были диагностированы на догоспитальном этапе, поскольку имели достаточно четкие дифференциально-диагностические признаки [1,2,4,5]. В гепатитном отделении проводились расширенные биохимические анализы, определение всех серологических и генно-молекулярных маркеров вирусных гепатитов А, В, С и D, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ и МРТ) органов брюшной полости, в ряде случаев эхокардиография и стерильная пункция.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 14 случаях был диагностирован токсический гепатит на основании присутствия накануне заболевания злоупотребления алкоголем, появления тошноты, рвоты, анорексии, боли в правом подреберье, бессонницы, выявления тремора рук, языка, гипертензии, тахикардии, увеличенной и болезненной печени [2,4,6]. Дополнительно диагноз подтверждался выявлением лейкоцитоза (в среднем $12,1 \pm 0,9 \times 10^9$ /л), билирубино-ферментной диссоциации, в то же время у 4 человек гиперферментемия достигала 10-15 норм. Таким образом, критерием диагностики токсического гепатита стали клинико-анамнестические данные и результаты клинико-биохимических анализов крови [2,4,5,6].

У 20 больных мужского пола в возрасте от 10 до 24 лет установлен синдром Жильбера. В анамнезе у всех была перемежающаяся желтуха. У большинс-

тва пациентов заболеванию предшествовали стрессовые ситуации и физическая нагрузка. 2/3 больных отмечали слабость, тяжесть, боли в эпигастральной области [4,7]. При осмотре у всех выявлена умеренная желтушность склер и кожи, небольшая гепатомегалия (на 0,5 – 1,0 см). В печеночных пробах отмечалась гипербилирубинемия от 25 до 72 мкм/л за счет непрямой фракции, показатели аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), осадочных проб были в норме [4,7]. Анамнестические, клинические и лабораторные данные позволили диагностировать данный синдром в приемном отделении стационара у 15 пациентов, 5 человек были госпитализированы для дальнейшего дообследования в гепатитное отделение.

Нами проанализировано 35 карт больных циррозом печени смешанной (чаще токсико-метаболической и неуточненной) этиологии. Преобладали больные старше 40 лет с длительностью заболевания от 5 до 10 лет. В анамнезе в 75% случаев имело место злоупотребление алкоголем, в 25% - этиология не выяснена. У большинства больных отмечались проявления астеновегетативного и диспепсического синдромов (похудание, слабость, жидкий стул у 1/3 лиц, вздутие живота, тошнота, рвота, боли в правом подреберье, горечь и сухость во рту). У всех пациентов выявлена значительная гепатомегалия (на 4,5-10 см), печень плотной консистенции, нередко болезненная, с неровными краями, спленомегалия - в 90% случаев. При объективном осмотре больных обращали внимание сухость, бледная желтушность кожных покровов, вторичные «печеночные» знаки, атрофия плечевой мускулатуры. У половины пациентов определялся увеличенный живот за счет асцита, у 17% - отеки нижних конечностей и носовые кровотечения [3,8,9]. В анализах крови выявлена билирубино-ферментная диссоциация, при этом уровень общего билирубина колебался от 100 до 180 мкм/л с преобладанием связанной фракции. Активность АЛТ, АСТ была от 2 до 4 норм, коэффициент Де Ритиса (соотношение АСТ к АЛТ) больше единицы. У 1/3 больных выявлены гипергаммаглобулинемия, тромбоцитопения, анемия. Серологические маркеры вирусных гепатитов (ВГ) ранее не проверялись. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (УЗИ ОБП) у всех пациентов выявлены гепатоспленомегалия, длительные диффузные изменения паренхимы печени и признаки портальной гипертензии [1,4,8,9,10]. Таким образом, детально собранные клинико-анамнестические данные, результаты УЗИ ОБП, основные печеночные пробы были достаточно информативны и позволили поставить диагноз цирроз печени.

Подпеченочная (механическая) желтуха возникает при наличии препятствия оттоку желчи из внепеченочных желчных протоков в двенадцатиперстную кишку. При этом происходит регургитация билирубина в синусоиды и снижается экскреция его из гепатоцитов, что сопровождается повышением преимущественно прямого билирубина и прекращением выделения уробилина с мочой [1,4].

По механизму развития подпеченочные желтухи подразделяются на интраканикулярные – обтурация печеночного и общего желчного протоков изнутри (камни, гельминты и др.) и экстраканикулярные – сдавление общего желчного протока снаружи (опухоли, лимфадениты, острый панкреатит и др.) [1,4,5].

Наиболее частой причиной возникновения подпеченочных желтух являются воспалительные заболевания желчного пузыря и поджелудочной железы. В первую очередь это – желчнокаменная болезнь, а также актуальны холангиты, острые холециститы. В последние годы увеличилась частота развития механических желтух на почве заболеваний поджелудочной железы – острый панкреатит (панкреонекроз), псевдотуморозный панкреатит, кистозный панкреатит и др. [1,2,4,11].

У 20 больных в возрасте от 40 до 80 лет с подпеченочной желтухой были установлены признаки калькулезного холецистита. У исследуемых пациентов приступы колики чаще провоцировались погрешностями в диете, реже возникали в результате тряски при езде. Заболевание начиналось остро с болевого приступа в животе, нередко опоясывающего характера. Пациенты предъявляли жалобы на коликообразные боли в правом подреберье, с иррадиацией болей вправо и в спину, повышение температуры, головную боль, ознобы, желтушность склер и кожных покровов, кожный зуд [4,5].

При латентном холедохолитиазе больные отмечали только тупые боли под правой реберной дугой. При диспепсической форме холедохолитиаза пациенты жаловались на нехарактерную давящую боль под правой реберной дугой, тошноту, рвоту, отрыжку, непереносимость жирной пищи. При холангитической форме характерным являлось повышение температуры тела часто септического характера, сопровождающееся желтухой, увеличением и болезненностью печени. В анамнезе у 5 больных в прошлом обнаруживали камни в желчном пузыре, у 2-х – подобные приступы боли [2,4,5]. Следует также отметить, что среди больных преобладали женщины среднего и пожилого возраста с избыточной массой тела (индекс массы тела более 32-35).

При полной закупорке желчного протока камнем присоединяется инфекция (холангит), что отягощает течение обтурационной желтухи. Развивается триада Шарко: желтуха, сопровождающаяся увеличением печени, боли, лихорадка (отмечалось у 5 пациентов). При объективном обследовании у всех пациентов определялись болезненность в точке желчного пузыря, реже в проекции поджелудочной железы, положительный симптом Ортнера, локальное мышечное напряжение, иктеричность склер и кожных покровов, тахикардия, холурия. У половины пациентов наблюдался кожный зуд, постоянная тошнота, отсутствие аппетита, фебрильная лихорадка, ахолия, жидкий стул [1,4,5].

В анализе крови определялись лейкоцитоз от 12 до 19х10⁹/л со сдвигом влево, ускорение СОЭ, в моче – желчные пигменты, кал не окрашен, но при вентильном камне – перемежающаяся ахолия.

В биохимических анализах гипербилирубинемия варьировала (общий билирубин от 61 до 393 мкм/л, в среднем 220, 6±19,3 мкм/л; преобладала связанная фракция – 115±9,8 мкм/л). У большинства пациентов наблюдалась билирубино-ферментная диссоциация (уровень АЛТ повышался в 2-3 раза), лишь у 3 человек показатели АЛТ достигали 10 норм. Характерными были гиперхолестеринемия, высокая активность экскреторных ферментов – ЩФ и ГГТ до 3-5 норм [1,3,4]. Всем больным проводилось УЗИ ОБП, которое подтверждало наличие конкрементов в желчном пузыре, внутрипузырную гипертензию, реактивные изменения в поджелудочной железе [10,12]. Больные были направлены на дальнейшее обследование и лечение в хирургические стационары.

У 23 пациентов установлен острый панкреатит, который также относится к неотложным хирургическим заболеваниям, протекающим с механической желтухой [4,11]. Чаще регистрировался у мужчин, развивался, как правило, после злоупотребления алкоголем. Отмечалось острое начало заболевания с болевого синдрома опоясывающего характера, иррадиацией болей в левые отделы живота и иногда в спину. Наблюдалась сухость языка, лихорадка, частая рвота, у 1/3 пациентов жидкий стул, тахикардия. Со стороны лабораторных анализов выявлены лейкоцитоз (от 12 до 18х10⁹/л), ускоренное СОЭ, умеренная трансаминаземия, повышение уровня ферментов холестаза – ЩФ и ГГТ, повышение амиллазы крови и диастазы мочи, сонографические признаки (УЗИ органов брюшной полости) [4,5,10,12].

Отдельного внимания заслуживают механические желтухи опухолевого генеза, в 2016 году диагностировано у 13 пациентов. Следует отметить, что в последние годы отмечается тенденция учащения и «омоложения» этого типа желтух, при этом исследуемые пациенты были в возрасте от 47 до 70 лет. В развитии неопластических подпеченочных желтух играют роль рак головки поджелудочной железы (у 11 пациентов), гепатоцеллюлярная карцинома – у 2 больных. При постановке диагноза опорными диагностическими признаками механических желтух опухолевого генеза были возраст (47 лет и старше), т.е. чаще зрелый и пожилой возраст, постепенное, длительное, ациклическое развитие заболевания (от 3 до 5 лет). Появлению желтухи предшествовали значительное похудание (83,3%) и зуд кожи (61,5%). Также было характерным сохранение относительно удовлетворительного самочувствия на фоне нарастающей желтухи, т.е. диссоциация между синдромами желтухи и интоксикации. У половины больных наблюдались тупые постоянные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину и крестец. При объективном обследовании характерной находкой являлись серо-землистый оттенок желтухи, положительный симптом Курвуазье, плотность консистенции и бугристость поверхности печени [4,5,13,14]. Со стороны лабораторных показателей отмечались анемия, значительно ускоренная СОЭ, незначительное (в 1,5 – 3 раза) повышение трансаминаз, в то же время значительное повыше-

ние ЩФ, холестерина. Информативными были данные инструментальных исследований (УЗИ, КТ, МРТ органов брюшной полости и др.), которые проводились после госпитализации больных в стационар, а в условиях хирургического стационара - лапароскопические признаки опухолевого поражения [10,12].

Все больные с подпеченочной желтухой опухолевого генеза были госпитализированы и находились на обследовании в ИКБ № 4 в течение 10 – 14 дней и в последующем переводились для дальнейшего дообследования и лечения в Республиканский онкологический диспансер или хирургические стационары по месту жительства.

Особенно трудно дифференцировать «лихорадочные маски» опухолей, если они не проявляются локальными симптомами [2,4,5,13,15]. У двух пациентов, госпитализированных в стационар для дообследования, диагностировался первичный рак печени, который проявлялся высокой лихорадкой в течение 2-3 недель. По данным литературы, «лихорадочные маски» нередко встречаются при злокачественных опухолях печени, почек, желудка, кишечника, легких, предстательной железы, а также при лимфопролиферативных заболеваниях [1,2,4]. При этом в диагностический процесс были включены: рентгенография легких, средостения, ЖКТ, почек, эхокардиография, УЗИ органов брюшной полости и почек, эндоскопические исследования (ФГДС), сканирование печени и селезенки, лапароскопия с прицельной биопсией печени и лимфоузлов, стерильная пункция, компьютерная томография и т.д. [12]. Нередко подозревают лимфогранулематоз (волнообразная лихорадка, профузная потливость, зуд кожи, лейкопения, сдвиг влево, эозинофилия, моноцитоз). Диагноз подтверждается обнаружением клеток Березовского-Штернберга в биоптатах лимфоузлов, костно-мозговом пунктате, печени, селезенке [2,4]. В дальнейшем пациенты с первичным раком печени переведены в РОД, где проводились оперативное лечение и химиотерапия [14,15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, правильная и своевременная оценка характера желтухи играет большую роль в дальнейшей врачебной тактике и, соответственно, в прогнозе заболевания. Тип желтухи определяет также объем лечебных мероприятий и место их проведения. При дифференциальной диагностике желтух следует тщательно анализировать клинико-anamnestические данные, функциональные печеночные пробы, также необходимо использовать дополнительные информативные методы инструментального исследования (УЗИ, ФГДС, КТ, МРТ органов брюшной полости и др.). Только детально собранный анамнез, изучение динамики развития симптомов заболевания, всестороннее тщательное обследование больного с учетом выраженности основных синдромов и предполагаемой патологии, взвешивая дифференциальная диагностика позволят определить вид желтухи и дальнейшую тактику ведения пациента с синдромом желтухи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

1. Казанцев АП, Казанцев ВА. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: руководство для врачей. М:МИА;2013. 478 с. [Kazantsev AP, Kazantsev VA. Differential diagnosis of infectious diseases: manual. M;2013. 478 p. (in Russ.).]
2. Лобзин ЮВ, Финогеев ЮП, Винакмен ЮА, Захаренко СМ, Усков АИ. Маски инфекционных болезней. СПб;2003. 145 с. [Lobzin YuV, Finogeev YuP, Vinakmen YuA, Zakharenko SM, Uskov AI. "Masks" of infectious diseases. SPb;2003. 145 p. (in Russ.).]
3. Ющук НД, Венгеров ЮА. Лекции по инфекционным болезням: в 2 т. М: ГЭОТАР-Медиа;2016. [Yushchuk ND, Vengerova YuYa, Lectures on infectious diseases: in 2 vol. Moscow: GEOTAR-Media;2016 (in Russ.).]
4. Самсон АА. Дифференциальная диагностика желтух. Медицина неотложных состояний. 2013;(5):10-19. [Samson AA. Differential diagnosis of jaundice. Emergency medicine. 2013;(5):10-19 (in Russ.).]
5. Чернобровкина ТЯ, Никифоров ВВ, Янковская ЯД, Бурова СВ, Кардонова ЕВ, Сафонова ОА. Некоторые аспекты дифференциальной диагностики заболеваний с желтушным синдромом в практике инфекциониста. Архив внутренней медицины. 2017;7(1):15-22. [Chernobrovkina TYa, Nikiforov VV, Yankovskaya YaD, Burova SV, Kardonova EV, Saphonova OA. Diagnostic signification of icteric in infectious diseases. Archive of internal medicine. 2017;7(1):15-22 (in Russ.).]
6. Галимова СФ. Лекарственные поражения печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2012;22(3):38-48. [Galimova SF. Drug-induced liver injuries. (Part 1). Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2012;22(3):38-48 (in Russ.).]
7. Сорокман ТВ, Попелиук А-МВ, Макарова ЕВ. Синдром Жильбера: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение (Часть 2). Здоровье ребенка. 2017;12(1):40-48. [Sorokman TV, Popeliuk OMV, Makarova OV. Gibert's syndrome: clinical features, diagnostics, differential diagnosis and treatment (part 2). Child's health. 2017;12(1):40-48 (in Russ.).]
8. Сухорук АА, Герасимова АА, Эсауленко ЕВ. Цирроз печени как исход хронического гепатита С. Журнал инфектологии. 2014;6(1):67-71. [Sukhoruk AA, Gerasimova OA, Esaulenko EV. Liver cirrhosis as a result of chronic hepatitis C. Jurnal infektologii=Journal Infectology. 2014;6(1):67-71 (in Russ.).]
9. Ганцев ШХ, Липатов ОН, Ганцев КШ, Леонтьева ОС, Турсумбетов ДС, Мазитов ИМ. Современное применение ультразвуковых технологий в хирургии и онкологии. Медицинский вестник Башкортостана. 2016;11(6):90-96. [Gantsev ShKh, Lipatov ON, Gantsev KSh, Leonteva OS, Tursumetov DS, Mazitov IM. Rationale for the use of ultrasound technology in surgery and oncology. Bashkortostan Medical Journal. 2016;11(6):90-96 (in Russ.).]
10. Желудова ИИ, Слобожанин МИ. Роль ультразвукового исследования в диагностике механи-

ческой желтухи. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2016;(1):76-77. [Zheludova II, Slobozhanin MI. Role of ultrasound in diagnosing obstructive jaundice. Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric People. 2016;(1):76-77 (in Russ.)].

11. Ушаков АА, Овчинников ВИ, Бабушкин ДА. Современные аспекты этиологии, патогенеза, классификации острого панкреатита. Современные проблемы науки и образования. 2016;(2):16. [Ushakov AA, Ovchinnikov VI, Babushkin DA. Modern aspects of etiology, pathogenesis, classification of acute pancreatitis. Modern problems of science and education. 2016;(2):16 (in Russ.)].

12. Алексейцев АВ, Мейлах БЛ. Анализ эффективности инструментальных методов дифференциальной диагностики механической желтухи. Пермский медицинский журнал. 2016;33(3):36-42. [Alekseitsev AV, Meilakh BL. Efficiency of instrumental methods for differential diagnosis of mechanical jaundice. Permski meditsinski zhurnal=Perm Medical Journal. 2016;33(3):36-42 (in Russ.)].

13. Alves JR, Amigo EC, de Souza DLB, de Oliveira PVV, de Maranhao IG. Fluctuating jaundice in the

adenocarcinoma of the ampulla of vater: a classic sign or an exception? Arg Gastroenterol. 2015;52(2):147-51. DOI: 10.1590/S0004-28032015000200014.

14. Мустафин АХ, Галимов ИИ, Грицаенко АИ, Салимгареев ИЗ, Рахимов РР. Новые возможности лечения метастатических поражений печени. Медицинский вестник Башкортостана. 2012;7(6):53-56. [Mustafin AKh, Galimov II, Gritsaenko AI, Salimgareyev IZ, Rakhimov RR. New potentials of treating metastatic hepatic lesions. Bashkortoctan Medical Journal. 2012;7(6):53-56 (in Russ.)].

15. Котенко ОГ, Гриненко АВ, Попов АО, Коршак АА, Гусев АВ, Федоров ДА, и др. Результаты хирургического лечения первичного рака печени с инвазией в магистральные венозные сосуды. Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. 2013. 1(1);30-39. [Kotenko OG, Grinenko AV, Popov AO, Korshak AA, Gusev AV, Fedorov DA, et al. Results of surgical treatment of primary liver cancer that invase into main venous vessels. Clinical and Experimental Surgery. Petrovsky journal. 2013. 1(1);30-39 (in Russ.)].