

DOI 10.31718/2077–1096.21.4.90
УДК 617-089+616-366-002+616-053.9

Чурпій В.К.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Центральноукраїнський інститут розвитку людини Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», м. Кропивницький

Вступ. Раціональні підходи до діагностики та тактики хірургічного лікування гострого холецистити привели до зниження післяопераційної летальності. Незважаючи на часту зустрічальність гострого холецистити в повсякденній практиці, інтерес до проблеми його лікування не зменшується. При такому великому і всебічному вивченні проблеми, наявності міжнародних і національних рекомендацій, є і невирішені питання, серед яких, зокрема, і проблема лікування гострого калькульозного холецистити, особливості його перебігу та діагностики. Мета дослідження – дослідити особливості клінічного перебігу гострого калькульозного холецистити. Матеріали та методи. Нами проаналізовано результати діагностики 209 пацієнтів, які перебували з приводу неускладненого гострого калькульозного холецистити на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Маловисківської центральної районної лікарні Кіровоградської області з 2016 до 2021 року. Вік всіх хворих перебував у межах від 18 до 89 років. Результати дослідження. В діагностиці гострих і хронічних холециститів у повсякденній практиці важливу роль відіграє ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Хворі вказували в анамнезі на приступи печінкової кольки, механічної жовтяниці. Проаналізувавши дані анамнезу, ми встановили тривалість захворювання на жовчокам'яну хворобу у обстежених хворих та тривалість захворювання у хворих на гострий калькульозний холецистит. Найхарактернішим симптомом гострого холецистити виявлено постійний або нападopodobний біль із локалізацією у правій підреберній ділянці. Висновки. Перебіг гострого калькульозного холецистити у пацієнтів має поліморфну клінічну картину, а тяжкість його перебігу в меншій мірі зумовлена глибиною патоморфологічних змін у стінці жовчного міхура. Значний вплив на перебіг захворювання мають ускладнення гострого калькульозного холецистити, вираженість системної запальної реакції та супутньої патології стану пацієнтів визначалася також наявністю супутньої патології.

Ключові слова: гострий калькульозний холецистит, симптоми, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, тривалість захворювання, ускладнення.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом наукової теми НДР кафедри фізичної реабілітації Центральноукраїнського інституту розвитку людини на 2018-2021 навчальний рік – «Сучасні аспекти збереження здоров'я та фізичної реабілітації».

Вступ

У структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гострий холецистит займає друге місце, випереджаючи гострий апендицит і поступаючись гострому панкреатиту.

Раціональні підходи до тактики хірургічного лікування гострого холецистити і активне впровадження ендоскопічних і малоінвазивних технологій призвели до зниження післяопераційної летальності практично в 2 рази.

Жовчокам'яна хвороба – багатофакторне і багатостадійне захворювання гепатобіліарної системи, з генетичною схильністю, обумовлене порушенням обміну холестерину і/або білірубину, що характеризується утворенням жовчних каменів в печінкових жовчних протоках (внутрішньо-печінковий холелітіаз), в загальній жовчній протоці (холедохолітіаз) або в жовчному міхурі (холестолітіаз) [1, 2]. Калькульозний холецистит – це запальний процес в порожнині жовчного міхура, який виникає через камені, які відклалися в ньому, причому ці камені сформовані саме через холестерин, барвник, присутній в жовчі і домішки кальцію.

Наразі частотність жовчокам'яної хвороби становить 5-25% у дорослого населення і частіше носить безсимптомний характер [3]. Протя-

гом життя у 20% хворих на жовчокам'яну хворобу розвивається гострий холецистит, який є другою за частотою (після гострого апендициту) причиною ускладненої інтраабдомінальної інфекції [4]. У більшості випадків причиною захворювання на гострий холецистит служить жовчокам'яна хвороба.

За останні кілька років в хірургічній практиці з'явилися національні та міжнародні клінічні рекомендації і протоколи ведення пацієнтів з гострим холециститом. Вибір тактики лікування, метод і обсяг оперативного втручання рекомендовано проводити на підставі критеріїв оцінки тяжкості захворювання, які були представлені в Токійській угоді в 2007 р (TG07), а пізніше переглянуті і доповнені в 2013 р (TG13) [5].

В останні роки більшість хірургів віддають перевагу виконанню ранньої відеолапароскопічної холецистектомії у пацієнтів з гострим холециститом. Таким чином «золотим стандартом», який отримав загальне визнання при лікуванні хворих на гострий холецистит є відеолапароскопічна холецистектомія (ВЛХ).

Незважаючи на часту зустрічальність гострого холецистити в повсякденній практиці, інтерес до проблеми його лікування не зменшується. При такому великому і всебічному вивченні про-

блеми, наявності міжнародних і національних рекомендацій, є і невирішені питання, серед яких, зокрема, і проблема лікування гострого калькульозного холециститу, особливості його перебігу та діагностики.

Мета дослідження

Дослідити особливості клінічного перебігу гострого калькульозного холециститу.

Матеріали і методи дослідження

Нами проаналізовано результати діагностики 209 пацієнтів, які перебували з приводу неускладненого гострого калькульозного холециститу на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Маловісківської ЦРЛ Кіровоградської області з 2016 до 2021 року, відібраних відповідно розроблених критеріїв включення, не включення та виключення пацієнтів з дослідження:

Критерії включення:

1) пацієнти з гострим калькульозним холециститом;

2) наявність добровільної згоди пацієнта на участь у дослідженні;

3) вік пацієнтів від 18 до 90 років.

Критерії виключення:

1) конверсія у відкриту операцію;

2) відмова від проведення дослідження на будь-якому етапі.

Згідно з дослідженнями науковців, вік хворих має важливе значення як у визначенні тактики лікування, гострого калькульозного холециститу, так і в оцінці його результатів.

Пацієнти були розділені за віком, згідно з класифікацією ВООЗ. Вік всіх хворих перебував у межах від 18 до 89 років. Серед обстежених хворих чоловіків було 95 (45,5 %), жінок – 104 (54,5%) (Таблиця 1).

Таблиця 1.

Розподіл хворих за статтю та віком згідно класифікації Всесвітньої організації збереження здоров'я

Стать	Молодий вік 18-44		Середній вік 45-59		Похилий вік 60-74		Старечий вік 75-90		Усього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіча	27	12,9	25	12,0	26	12,4	17	8,1	95	45,5
Жіноча	44	21,0	29	13,9	28	13,4	13	6,2	104	54,5

Всі пацієнти проходили стандартні лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, гемостазіограма, біохімічний аналіз крові (БАК). Використовували інструментальні діагностичні методи: електрокардіографія (ЕКГ), рентгенографія грудної клітини та черевної порожнини.

Дослідження проведено з усної добровільної згоди всіх учасників.

Результати дослідження та їх обговорення

В діагностиці гострих і хронічних холециститів у повсякденній практиці важливу роль відіграє УЗД органів черевної порожнини, яке може доповнюватися КТ або МР-холангіографією. Такі ознаки жовчного міхура, як зміна структури і товщини стінки, збільшення розмірів органу дозво-

ляють правильно встановити діагноз при гострому холециститі більш ніж в 90% випадків [6].

Додаткові можливості діагностики холециститів дає оцінка кровотоку в стінці жовчного міхура і регіональних судинах неінвазивним і високоінформативним методом колірною дуплексною сканування (ЦДС). Відомо, що гострий запальний процес в жовчному міхурі характеризується гіперваскуляризацією його стінки, причиною якої вважається венозне або артеріальне повнокров'я.

Під час діагностики УЗД черевної порожнини (печінка, підшлункова залоза, жовчний міхур і позапечінкові жовчні протоки) виконували ультразвуковим сканером.

УЗД черевної порожнини допомогло встановити форми гострого холециститу (Таблиця 2)

Таблиця 2.

Форми гострого холециститу за результатами ультразвукового дослідження

№ з/п	Форма гострого холециститу	Кількість хворих	
		Абс.	%
1.	Гострий катаральний холецистит	17	8,2
2.	Гострий флегмонозний холецистит	105	50,2
3.	Гострий гангренозний холецистит	44	21,0
4.	Емпієма жовчного міхура	43	20,6
	Усього	209	100

У 16 (7,6%) пацієнтів були діагностовані симптоми механічної жовтяниці, яку встановлювали на підставі клінічних та лабораторних показників – рівень білірубину, був від 50 до 125 мкмоль/л. При підозрі на захворювання позапечінкових проток – жовтяниця при надходженні або в анамнезі, розширення загальної жовчної протоки більше 9 мм за даними ультразвукового дослідження були показаннями до проведення інтраопераційної холангіографії, виконання МРТ-

холангіографії.

Більшість хворих вказували в анамнезі на приступи печінкової кольки, які траплялися час від часу. Так, у 41 пацієнта (19,6 %) больовий синдром виник протягом останнього року, у 127 пацієнтів (60,8%) больовий синдром існує протягом 1-5 років і 41 пацієнт (19,6 %) – не зміг вказати, коли больовий синдром з'явився вперше.

Нами було здійснено аналіз анамнезу хворих щодо того, скільки нападів печінкової кольки у

них вже було зафіксовано. В результаті проведеного аналізу ми встановили, що після першого больового нападу до клініки клініку потрапили 39 пацієнтів (18,7%), після 2-5 нападів було госпіталізовано 115 хворих (55,0 %), більше 6 нападів відмічено у 82 госпіталізованих (39,2%). Показово, що у шести хворих (2,9%) в анамнезі було зафіксовано понад 20 нападів печінкової кольки.

Проаналізувавши дані анамнезу, ми також встановили тривалість захворювання на жовчокам'яну хворобу у обстежених хворих. Так, жовчокам'яну хворобу вперше виявлено у 17 обстежених хворих (8,1%). Тривалість хвороби складає до 5 років у 58 хворих (27,8%). Відмічено тривалість хвороби, більшу за 10 років, у 116 пацієнтів (55,5%). У 18 пацієнтів (8,6%) хвороба триває понад 10 років.

Під час госпіталізації загальний стан у 117 (56,0 %) хворих було визначено як задовільний, у 81 (38,8%) – середньої тяжкості і у 11 хворих (5,3%) стан нами було визначено як тяжкий.

У наукових публікаціях наводяться різні терміни щодо того, коли пацієнти з гострим холециститом звертаються до лікарні. Переважно автори вказують, що в термін до доби від початку захворювання звертається тільки п'ята частина хворих [7]. В дослідженнях вказується лише час, що минув від госпіталізації до операції [8]. Хоча цей показник простіше хронометрувати, проте, з іншого боку, відсутність даних про терміни захворювання не дозволяє однозначно характеризувати і, отже, порівнювати групи хворих.

Ми також проаналізували тривалість захворювання у хворих на гострий калькульозний холецистит. Таким чином, ми встановили, що госпіталізація протягом перших 24 годин відбулася лише у 38 обстежуваних (18,2%). У період 25-48 годин було госпіталізовано 35 хворих (16,7%). Найбільшу кількість хворих – 72 (34,5%) було госпіталізовано у термін 49-72 годин з моменту виникнення больового симптому. 4-5 діб тривало гостре захворювання у 45 обстежуваних (21,5%), тоді як понад 5 діб не зверталися до лікарні 54 хворих (25,9%).

Згідно з Токійськими рекомендаціями з діаг-

ностики та тактики ведення хворих на гострий холецистит [5], необхідно визначити гостроти процесу і ступінь ураження жовчного міхура. Пацієнти з гострим холециститом можуть надходити з тяжкістю захворювання, що варіює від легкої і самоликвідується, до блискавичної, такої, що потенційно містить загрозу життю пацієнта.

Під час огляду ми констатували, що найхарактернішим симптомом гострого холециститу виявлено постійний або нападаподібний біль із локалізацією у правій підреберній ділянці (98 пацієнтів, 46,9%). Також серед частих симптомів відмічено біль без чіткої локалізації (85 обстежуваних, 40,7%), або ж оперізувальний біль, який виявлено у 26 обстежуваних (12,4%). Хворі вказували на біль в епігастральній ділянці (31 хворий, 14,8%), а також на за грудинний біль (30 хворих, 14,9 %). У переважній більшості обстежуваних (168 пацієнтів, 80,4 %) біль не мав іррадіації, біль також іррадіював у поперекову ділянку (29 пацієнтів, 13,9%), епігастральну і ліву підреберну ділянки (36 хворих, 17,2%), шию і ліву половину грудної клітки (45 хворих, 21,5 %).

Щодо інших симптомів, то нудота спостерігалася у 142 пацієнтів (67,9%). У 127 хворих (60,7%) відмічалася одноразове чи багаторазове блювання. 175 пацієнтів (83,7%) вказували на відчуття гіркоти і сухості в роті. Підвищення температури тіла було у 129 обстежуваних (61,7%).

Тяжкість стану пацієнтів визначалася також наявністю супутньої патології. Найбільш поширеними чинниками, які обмежують активну хірургічну тактику, виступають присутність у пацієнтів патологій серцево-судинної, дихальної, ендокринної, ниркової систем, які виявляються у переважній більшості випадків, при чому частими є одночасні декілька супутніх захворювань у пацієнтів похилого віку, для яких також властива пізня госпіталізація.

Поряд із кардіоваскулярними захворюваннями, ми діагностували хвороби легень, нирок, цукровий діабет типу 2 та інші захворювання, які впливали на вибір тактики лікування (Таблиця 3).

Таблиця 3.
Супутня патологія, виявлена у пацієнтів, що пройшли обстеження

№ з/п	Характер патології	Кількість хворих	
		Абс.	%
1.	Серцево-судинні захворювання (ІХС, кардіосклероз, ГІМ, миготлива аритмія, ГПМК, атеросклероз коронарних артерій, атеросклероз аорти, стенокардія, ГБ)	58	27,8
2.	Захворювання шлунково-кишкового тракту травної системи (гастродуоденіт, гепатит, панкреатит)	17	8,1
3.	Захворювання легень (емфізема, БА, пневмонія, бронхіт, плеврит, дихальна недостатність)	15	7,1
4.	Захворювання видільної системи (пієлонефрит, гломерулонефрит, хронічна хвороба нирок (ХХН))	31	14,8
5.	Захворювання ендокринних органів, метаболічні порушення (цукровий діабет (ЦД), ожиріння).	154	73,7

Комплексне обстеження щодо супутніх захворювань, таким чином, дозволило об'єктивно і швидко встановити весь їх спектр, що мало важливе значення для визначення плану і термінів хірургічного втручання.

Висновки

Запальні захворювання жовчного міхура залишаються найбільш поширеною патологією шлунково-кишкового тракту. Перебіг гострого калькульозного холециститу у пацієнтів має по-

ліморфну клінічну картину, а тяжкість його перебігу в меншій мірі зумовлена глибиною патоморфологічних змін у стінці жовчного міхура. Значний вплив на перебіг захворювання мають ускладнення гострого калькульозного холециститу, вираженість системної запальної реакції та супутньої патології.

Перспективи подальших досліджень

До числа невирішених питань слід віднести відсутність вітчизняних баз даних і багатоцентрових досліджень, які б дозволили оцінити контингенти хворих на гострий холецистит. Для порівняння результатів хірургічного лікування необхідно удосконалення шкал оцінки ризиків і тяжкості ускладнень операцій і багатокомпонентних схем лікування. Вказані питання окреслюють перспективу наших досліджень.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Чурпий В. К.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, симптомы, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, длительность заболевания, осложнения.

Введение. Рациональные подходы к диагностике и тактике хирургического лечения острого холецистита привели к снижению послеоперационной летальности. Несмотря на частую встречаемость острого холецистита в повседневной практике, интерес к проблеме его лечения не уменьшается. При таком обширном и всестороннем изучении проблемы, наличии международных и национальных рекомендаций, есть и нерешенные вопросы, среди которых, в частности, и проблема лечения острого калькулезного холецистита, особенности его течения и диагностики. Цель исследования – исследовать особенности клинического течения острого калькулезного холецистита. Материалы и методы. Нами проанализированы результаты диагностики 209 пациентов, которые находились по поводу неосложненного острого калькулезного холецистита на стационарном лечении в хирургическом отделении Маловисковской центральной районной больницы Кировоградской области с 2016 до 2021 года. Возраст всех больных находился в пределах от 18 до 89 лет. Результаты исследования. В диагностике острых и хронических холециститов в повседневной практике важную роль играет ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Больные указывали в анамнезе на приступы печеночной колики, механической желтухи. Проанализировав данные анамнеза, мы установили продолжительность заболевания желчекаменной болезнью у обследованных больных и продолжительность заболевания у больных острым калькулезным холециститом. Характерным симптомом острого холецистита выявлена постоянная или приступообразная боль с локализацией в правой подреберной области. Выводы. Течение острого калькулезного холецистита у пациентов имеет полиморфную клиническую картину, а тяжесть его течения в меньшей степени обусловлена глубиной патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря. Значительное влияние на ход заболевания имеют осложнения острого калькулезного холецистита, выраженность системной воспалительной реакции и сопутствующей патологии состояния пациентов определялась также наличием сопутствующей патологии.

Summary

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Churpii V. K.

Key words: acute calculous cholecystitis, symptoms, ultrasound examination of abdominal cavity, duration of the disease, complications.

Introduction. Rational approaches to the diagnosis and tactics of surgical treatment of acute cholecystitis have resulted in the cut down in postoperative mortality. Despite the frequent occurrence of acute cholecystitis in everyday practice, interest in the problem of its treatment does not fade. With such an extensive and comprehensive investigation of this issue, the availability of international and national recommendations, nevertheless, there are some unresolved issues, including, in particular, the problem of the treatment of acute calculous cholecystitis, the peculiarities of its diagnosis and clinical course. The aim of the study is to elucidate the peculiarities of the clinical course of acute calculous cholecystitis. Methods. We analyzed the findings of diagnostic procedures of 209 patients who received inpatient treatment for uncomplicated acute calculous cholecystitis at the surgical department of the Malovyskivska Central District Hospital, Kirovograd region, from 2016 to 2021. The age of all patients ranged from 18 to 89 years. Results. Ultrasound examination of the abdominal organs plays an important role in the diagnosis of acute and chronic cholecystitis in

Література

1. Watanabe Y, Kurashima Y, Madani A, et al. Surgeons have knowledge gaps in the safe use of energy devices: a multicenter cross-sectional study. *Surg. Endosc.* 2016;30(2): 588-92.
2. Polo M, Duclos A, Polazzi S, et al. Acute cholecystitis – optimal timing for early cholecystectomy: a french nationwide study. *Gastrointest. Surg.* 2016;19(11): 2003-10.
3. Haldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms in individuals with gallstones. *Br. J. Surg.* 2004;91(6): 734-8.
4. Panni RZ, Strasberg SM. Preoperative predictors of conversion as indicators of local inflammation in acute cholecystitis: strategies for future studies to develop quantitative predictors. *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* 2018;25(1): 101-8. DOI: 10.1002/jhbp.493.
5. Wakabayashi G, Iwashita Y, Hibi T, et al. Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos). *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* 2018;25(1): 73-86.
6. Kohga A, Suzuki K, Okumura T, et al. Outcomes of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis performed at a single institution. *Asian. J. Endosc. Surg.* 2018;13(8): 551-8.
7. Saber A, Hokkam EN. Operative outcome and patient satisfaction in early and delayed laparoscopic cholecystectomy. *Minim. Invasive Surg.* 2014;162: 643
8. Park SY, Chung JS, Kim SH, et al. The safety and prognostic factors for mortality in extremely elderly patients undergoing an emergency operation. *Surg. Today.* 2015;46 (2): 241-7.

everyday practice. The patients indicated a history of attacks of hepatic colic, mechanical jaundice. Having analyzed the anamnesis data, we determined the duration of cholelithiasis and the duration of acute calculous cholecystitis in the participants. The most typical symptom of acute cholecystitis was constant or paroxysmal pain with localization in the right hypochondrium. Conclusions. The course of acute calculous cholecystitis in the patients is characterized by a polymorphic clinical picture, its severity is less pronounced due to the depth of pathomorphological changes in the gallbladder wall. Complications of acute calculous cholecystitis produce a significant impact on the course of the disease, moreover, the severity of the systemic inflammatory reaction and concomitant pathology of the patients' condition is also predetermined by the presence of concomitant pathology.

DOI 10.31718/2077–1096.21.4.94

УДК: 616.367-085

Шевчук М.П., Дудченко М.О., Кравців М.І., Іващенко Д.М., Прихідько Р.А.

СИНДРОМ «ШВИДКОЇ» БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ПРИ ОБТУРАЦІЇ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Полтавський державний медичний університет

Оперативні втручання, які виконуються на фоні механічної жовтяниці, відрізняються значним ризиком виникнення ускладнень і характеризуються великою летальністю після операції. Сучасний підхід до лікування пацієнтів даної категорії регламентує певну послідовність проведення лікувальних заходів, що передбачає виконання малоінвазивних втручань на першому етапі лікування. У деяких хворих, не дивлячись на адекватне та малоінвазивне жовчовідведення, відбувається погіршення загального стану. Подібний стан, відомий як синдром «швидкої» біліарної декомпресії, який є важким ускладненням, що погано піддається лікуванню та нерідко приводить до летальних випадків та потребує поглибленого вивчення. Метою дослідження стало покращення результатів лікування хворих з механічною жовтяницею шляхом своєчасного прогнозування, ранньої діагностики та застосування ефективної терапії синдрому «швидкої» біліарної декомпресії. Розглянути результати лікування 76 хворих із механічною жовтяницею різного генезу, яким було виконано 98 малоінвазивних оперативних втручань для ліквідації біліарної гіпертензії. Аналізували ускладнення втручань, в тому числі синдром «швидкої» біліарної декомпресії. Із використанням методів розрахунку швидкості біліарної декомпресії та інтенсивності зменшення білірубіну сформульовані клінічні та лабораторні критерії і ознаки синдрому «швидкої» біліарної декомпресії. При виконанні біліодренуючих операцій у хворих з механічною жовтяницею потрібно очікувати розвитку синдрому «швидкої» біліарної декомпресії. Він може проявлятися як окремими ознаками, так і їхньою комбінацією, що потребує негайного проведення всіх необхідних лікувальних заходів.

Ключові слова: механічна жовтяниця, ендоскопія, біліарна декомпресія, малоінвазивні біліарні втручання, жовчні протоки.

Зв'язок з плановими науково-дослідними роботами: робота виконана у відповідності до НДР кафедри: «Удосконалення діагностики та лікувальної тактики при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин, гострій та хронічній хірургічній патології органів черевної порожнини. Прогнозування ускладнень та їх профілактика», № держреєстрації 0118u006953, серпень 2018р. – серпень 2022р.

Вступ

Оперативні втручання, які виконуються на фоні механічної жовтяниці (МЖ), відрізняються значним ризиком виникнення ускладнень і характеризуються великою летальністю після операції. Сучасний підхід до лікування пацієнтів даної категорії регламентує певну послідовність проведення лікувальних заходів, що передбачає на першому етапі лікування біліарної декомпресії виконання малоінвазивних втручань. [4]

Причинами виникнення МЖ можуть бути: холедохолітаз, доброякісна стриктура холедоха, доброякісні та злоякісні пухлини гепатопанкреатодуоденальної зони, метастатичне ураження лімфатичних вузлів воріт печінки, гострий панкреатит та ін. [5]

Проте найбільш вагомим фактором при виборі хірургічної тактики лікування є, по-перше, вираженість печінкової недостатності при МЖ, по-друге, анатомічний рівень біліарного блоку.

Для оцінки вираженості печінкової недостатності потрібно враховувати не тільки рівень загального білірубіну та білка сироватки крові, але і ускладнення, які посилюють важкість протікання МЖ (холангіт, сепсис, ниркова недостатність, шлунково-кишкові кровотечі, печінкова недостатність). [1]

Вибір будь-якого із методів біліарної декомпресії (ендоскопічний транспапілярний, черезшкірно черезпечінковий, лапаротомний) має бути направлений на вирішення основного завдання – забезпечити відтік жовчі. Досягнення біліарної декомпресії у більшості пацієнтів приводить до покращення стану, що призвело до МЖ. При цьому у деяких хворих, не дивлячись на адекватне та малоінвазивне жовчовідведення, відбувається погіршення загального стану за рахунок посилення печінкової недостатності, розвитку гепаторенального синдрому, наростанням печінкової енцефалопатії. [2,3] Швидка декомпресія за рахунок різкого перепаду тиску в жовчних