

УДК 616.367–007.272–089.48–089.819

## ЕНДОСКОПІЧНЕ ДРЕНУВАННЯ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГОСТРІЙ ОБТУРАЦІЇ СПІЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ

*П. В. Огородник, В. І. Коломійцев, О. І. Кушнірук, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко*

*Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

## ENDOSCOPIC DRAINAGE OF BILIARY SYSTEM IN ACUTE OBSTRUCTION OF COMMON BILE DUCT

*P. V. Ogorodnyk, V. I. Kolomytsev, O. I. Kushniruk, A. G. Deinychenko, O. G. Boyko*

### РЕФЕРАТ

Вивчені особливості застосування ендоскопічних транспапільярних втручань (ЕТВ) у хворих при гострій обтурації (ГО) спільної жовчної протоки (СЖП). Обстежені 630 пацієнтів віком від 11 до 94 років. За неможливості усунення біліарної гіпертензії за допомогою ЕТВ операцію завершували ендобіліарним стентуванням або назобіліарним дрениванням, що дозволяло уникнути гнійного холангіту або здійснити його ефективне лікування. За недостатньої ефективності ендоскопічних методів операція на жовчних протоках виконана у 92 (14,6%) хворих, у 37 (5,9%) — з використанням лапароскопічного доступу.

**Ключові слова:** обтурація спільної жовчної протоки; ендоскопічні транспапільярні втручання; ендобіліарне стентування; назобіліарне дренивання.

### SUMMARY

The peculiarities of endoscopic transpapillar interventions (ETPI) application in 630 patients, age from 11 to 94 years old with acute obstruction of common bile duct (CBD) were studied. In cases, when endoscopic biliary decompression was not possible, the biliary plastic stent or nasobiliary drain were used for prevention or treatment of cholangitis. In case of insufficiency of endoscopic treatment, 92 (14.6%) patients underwent biliary surgery; 37 (5.9%) of them were operated laparoscopically.

**Key words:** biliary obstruction; endoscopic transpapillar interventions; biliary stenting; nasobiliary drain.

При жовчнокам'яній хворобі (ЖКХ) одним з найбільш частих ускладнень є холедохолітіаз, який виявляють у 15–30% пацієнтів, особливо за тривалого існування калькульозного холециститу [1, 2]. Виконання відкритих операцій супроводжується значною частотою післяопераційних ускладнень і летальністю, яка значно збільшується у пацієнтів похилого й старечого віку за наявності тяжких супутніх захворювань до 6–18% [3]. Лікування таких хворих у невідкладному порядку на тлі ГО СЖП супроводжується ще більш високою летальністю (23–33%) [4]. Широке впровадження у клінічну практику мініінвазивних методів лікування хворих з приводу холедохолітазу дозволяє уникнути виконання відкритих операцій, поліпшити безпосередні й віддалені результати їх лікування. Проте, ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) або дилатація великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) з подальшою літоекстракцією дозволяє звільнити жовчні протоки від конкрементів лише у 75–85% хворих [5, 6] за наявності специфічних ускладнень та можливості виникнення рецидивів [5, 7–9]. Проблеми під час ендоскопічного лікування хворих з приводу холедохолітазу виникають за наявності великих (діаметром понад 20 мм) конкрементів, анатомічних особливостей дистального відділу СЖП, неможливості захопити конкремент кошиком Дорміа [9–11]. Ситуація стає трагічною за умови появи у хворого при гострій біліарній обструкції гнійного холангіту або обтураційної жовтяниці, що вимагає невідкладної біліарної декомпресії будь-яким шляхом: ендоскопічним, черезшкірним, черезпечінковим, лапароскопічним або лапаротомним. Стандартним ендоскопічним методом біліарної декомпресії є назобіліарне дренивання, яке за наявності гнійного холангіту використовують навіть після експлорації СЖП для іригації проток розчинами антисептиків і місцевої терапії [7, 12]. Проте, тривала втрата жовчі внаслідок її евакуації назовні може спричинити порушення процесів трав-

лення та адекватного водно-електролітного балансу організму [13, 14]. Цих недоліків позбавлене ендобіліарне стентування, яке останнім часом все більш широко використовують в клінічній практиці [9, 10, 14].

Мета роботи: вивчити показання, особливості застосування, послідовність та ефективність різних методів ендоскопічного дренивання біліарної системи в комплексі лікування хворих з приводу ГО СЖП.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Протягом 2010–2012 рр. у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу і в клініці хірургії № 1 ЛНМУ лікували 1532 пацієнтів, яким здійснені діагностичні й лікувальні ЕТВ з приводу ЖКХ, ускладненої холедохолітазом. З ознаками ГО СЖП у невідкладному порядку госпіталізовані 630 хворих віком від 11 до 94 років, у середньому ( $59,8 \pm 17,23$ ) року. Жінок було 449 (71,3%), чоловіків — 181 (28,7%). Холецистектомія раніше виконана у 56 (8,9%) хворих, в тому числі з використанням лапароскопічного доступу — у 38 (68%), ЕПСТ з літоекстракцією в інших лікувальних закладах — у 3 (0,5%).

За результатами ендоскопічного лікування хворі розподілені на дві групи. У 472 (74,9%) хворих (1-ша група) протягом одного втручання вдалося усунути холедохолітаз, звільнивши СЖП від конкрементів. Складнішою за лікувальною тактикою була 2-га група, до якої включені 158 (25,1%) хворих, у яких не вдалося першим етапом видалити конкременти з СЖП і яким виконували повторні (2–4 етапи) ендоскопічні втручання або оперували з приводу холедохолітазу з використанням лапаротомного — 55 (8,7%) або лапароскопічного — 37 (5,9%) доступу. У цій групі з лікувальною метою та/або для запобігання повторної обтурації СЖП конкрементом у 130 (20,6%) хворих проведено ендобіліарне стентування (у 111) або назовбіліарне дренивання (у 19). У 14 (2,2%) з них стентування було остаточним інвазивним методом лікування.

ЕТВ здійснювали з використанням ендоскопів JF-1T40, TJF-10, ("Olympus", Японія) та FD-34V

("Pentax", Японія) під контролем рентгенівського апарата Sirescop CX ("Siemens", Німеччина). Для ендобіліарного стентування використовували прямі стенти та типу "double pigtail" діаметром 7–10 Fr ("Olympus", Японія; "Balton", Польща).

Статистична обробка отриманих результатів проведена за допомогою програми SPSS 11.5 for Windows.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу локалізації обтурації СЖП конкрементом встановлено, що найчастіше — у 365 (57,9%) хворих камінь містився у дистальній (інтрамуральній або інтра-ретропанкреатичній) частині СЖП, що зумовлювало відповідні клінічні прояви (табл. 1). У 56 (15,3%) хворих ГО СЖП ускладнила перебіг гострого холециститу; раніше холецистектомія виконана у 32 (8,8%) пацієнтів.

За даними променевих методів дослідження (ультразвукове дослідження — УЗД, комп'ютерна та магніторезонансна томографія, ендосонографія) та ендоскопічної ретроградної холангіографії (ЕРХГ) виявлено, що конкременти, які спричинили ГО СЖП в дистальній частині, були в основному середні (діаметром 10–15 мм) та великі (16–25 мм). Множинні конкременти у СЖП виявлені у 67 (18,3%) хворих.

ГО на рівні ампули ВСДК (рис. 1) частіше спостерігали у хворих середнього віку, майже в усіх вона характеризувалася бурхливим початком з вираженим больовим синдромом. У зв'язку з ранньою — через ( $2,1 \pm 0,9$ ) доби госпіталізацією до клініки 8 (4,1%) хворих були у ранньому періоді після холецистектомії, клінічні й лабораторні ознаки обтураційної жовтяниці виявлені лише у 122 (62,9%) пацієнтів ( $P < 0,05$ ), зміни показників функції печінки — у 84 (43,3%). У 50% хворих відзначено гіперамілаземію, у 41 (21,1%) — гострий біліарний панкреатит, з них у 12 (6,2%) — з тяжким перебігом. У 37 (19,1%) хворих вклинення конкремента у ВСДК спостерігали на тлі гострого калькульозного холециститу або загострення хронічного. За даними клінічних та ендоскопічного досліджень гнійний холангіт діагностований відповідно у 41 (21,1%) і 94 (48,3%) хворих.

Таблиця 1. Клінічні та лабораторні ознаки ГО СЖП залежно від локалізації конкремента

Ознака	Локалізація конкремента, що обтуравав СЖП					
	ВСДК (n=194)		дистальна частина СЖП (n=365)		супра- та ретродуоденальна частина (n=71)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Больовий синдром	186	95,9	262	71,8*	29	40,8*
Обтураційна жовтяниця	122	62,9	326	89,3*	64	90,1
Гіпертермія	56	28,9	116	31,8	24	33,8
Озноб	41	21,1	51	14,0	10	14,1
Гіпертрансамілаземія	84	43,3	318	87,1*	65	91,5
Гіперамілаземія	94	48,5	26	7,1*	3	4,2
Лейкоцитоз	49	25,3	139	38,1*	25	35,2

Примітка. \* — різниця показників достовірна ( $P < 0,05$ ). Те ж у табл. 2.

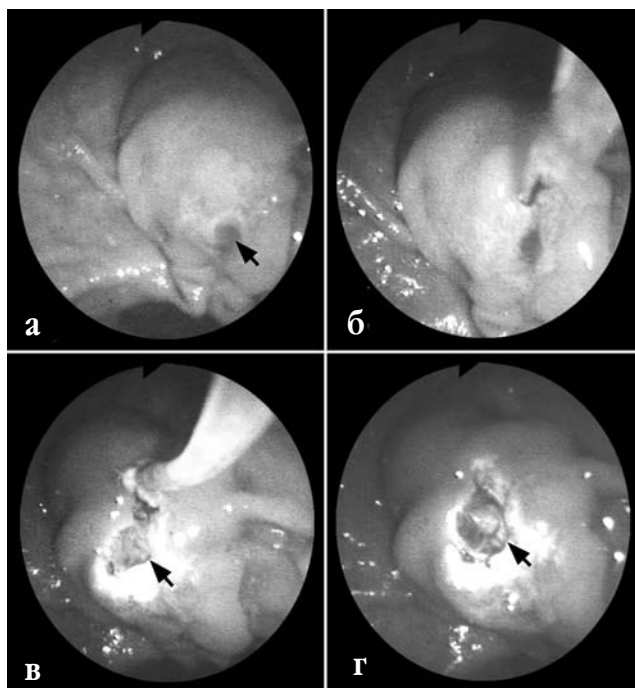


Рис. 1. Дуоденоскопія. а - ВСДК при защемленні у ньому конкремента діаметром 6 мм (чорна стрілка); б-г - діагностична папілотомія з використанням голчастого папілостома.

Конкременти, що спричинили ГО СЖП на рівні ампули ВСДК, були вірогідно менші (Me 6,5 мм), ніж в інших групах хворих: їх діаметр становив від 3 до 15 мм. За даними оцінки ефективності різних методів візуалізації в діагностиці вклинених у ВСДК конкрементів, найбільш інформативним та чутливим виявилася ендосонографія, за допомогою якої в усіх обстежених, незалежно від розмірів конкремента, встановлений вірний діагноз ще до виконання ЕПСТ. Множинні конкременти ЗЖП виявлені у 29 (14,9%) хворих.

Найменшою була група з 71 (11,3%) хворого, у яких ГО СЖП відзначена на рівні супра- або ретродуоденальної частини СЖП (рис. 2). Це були в основному хворі старшого віку, у яких виявлений синдром Міріцці II або холедохолітиаз внаслідок пасажу досить великого конкремента через розширену під час його міграції міхурову протоку до незначно розширеної або нерозширеної СЖП. Великий конкремент не може легко мігрувати у дистальному напрямку, а тому сама СЖП або її ретродуоденальна та панкреатична частини нерозширені —  $(7,4 \pm 2,08)$  мм, проте, відбувається значна дилатація — до  $(22,4 \pm 7,11)$  мм проксимальної частини. За першим каменем до СЖП з жовчного міхура мігрують інші конкременти, тому холедохолітиаз частіше — у 49 (69,0%) пацієнтів був множинним. За ГО супрадуоденальної частини СЖП хворі скаржилися переважно на тупий біль у правій підреберній та надчеревній ділянках, поступове прогресування жовтяниці, тому їх госпіталізували до

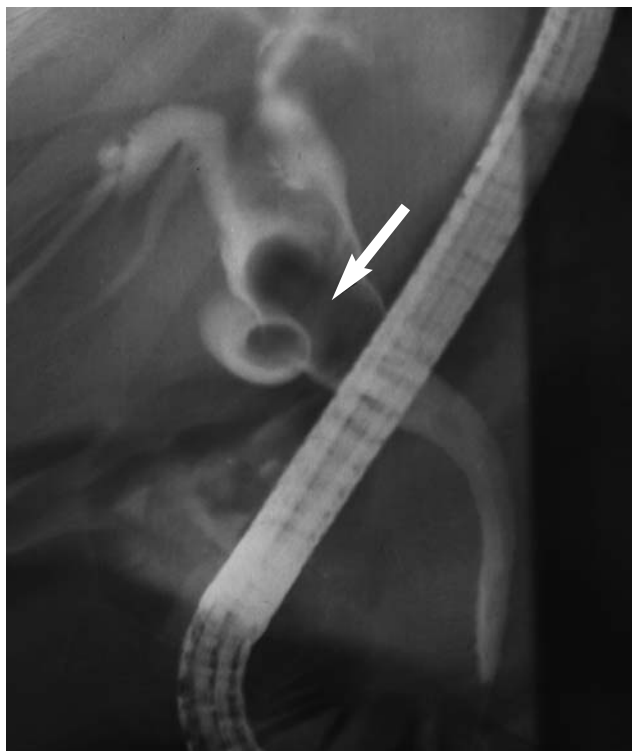


Рис. 2. ЕРХГ. Механічна літотрипсія великого конкремента СЖП.

клініки через значний —  $(6,9 \pm 3,2)$  доби проміжок часу від початку приступу з ознаками вираженої жовтяниці, холангіту, декомпенсацією функції печінки. У 2 (2,8%) хворих ГО СЖП ускладнилася гострим біліарним панкреатитом.

ЕТВ здійснювали під аналгоседацією хворого до вираженої дизартрії шляхом внутрішньовенного введення діазепаму або пропофолу, наркотичних анальгетиків. Місцеву анестезію ротової частини глотки здійснювали шляхом іригації розчину лідокаїну. Особливості ЕТВ при ГО СЖП зумовлені станом пацієнта, наявністю ознак холангіту — у 255 (40,5%), гострого холециститу — у 98 (15,6%), панкреатиту — у 67 (10,6%), печінково-ниркової недостатності — у 74 (11,7%), тяжких захворювань — у 78 (12,4%). За наявності защемленого у ВСДК конкремента, у зв'язку з високим ризиком виникнення або прогресування гострого біліарного панкреатиту, ЕТВ виконували у невідкладному порядку, практично без будь-якої передопераційної підготовки пацієнта. Решті хворих перед втручанням призначали інфузійну терапію для дезінтоксикації та нормалізації водно-електролітного обміну, антибіотики широкого спектру дії.

За наявності защемленого у ВСДК конкремента, ЕТВ починали з розсічення ВСДК голчастим папілостомом, частіше — власної конструкції. Атипова папілотомія здійснена у 191 пацієнта з защемленим у ВСДК конкрементом, у 159 — з стенозуючим папілітом. У усіх хворих виконання атипової папілотомії

забезпечило доступ для селективної канюляції біліарної системи, а при защемлених у ВСДК конкрементах у 122 (62,9%) хворих — було достатнім для видалення всіх конкрементів з жовчних проток. Після ЕРХГ й оцінки клінічної ситуації (діаметр і форма СЖП, кількість, розміри, форма й структура конкрементів, їх локалізація) для встановлення можливості та вибору методу подальшої літоекстракції у 478 (75,9%) хворих доповнювали розріз ВСДК канюляцією, у 97 (15,4%) пацієнтів другої групи виконано балонну дилатацію ВСДК до 8–15 мм, залежно від розмірів конкрементів, які планували видалити.

Після забезпечення адекватного дренивання СЖП у 338 хворих здійснено літоекстракцію з використанням кошика Дорміа або балонного літоекстрактора, максимальні розміри видаленого без літотрипсії конкремента 25 × 20 мм (великі — діаметром понад 25 мм конкременти обов'язково видаляли назовні з метою попередження жовчнокам'яної непрохідності кишечника). У 69 (11%) хворих екстракцію конкрементів, точніше їх уламків, здійснено лише після механічної літотрипсії. Ще у 158 (15,1%) хворих первинне ЕТВ та літотрипсія виявилися невдалими через значну щільність конкрементів, неможливість захопити конкремент внаслідок вираженої деформації СЖП. За безуспішної ЕПСТ у більшості хворих виник або прогресував висхідний холангіт, спостерігали загострення холециститу, тому для біліарної декомпресії процедуру намагалися завершити дрениванням СЖП або ендобіліарним стентуванням (у 111 хворих) або встановлювали назобіліарний дренаж (у 19). Ще у 28 хворих дренивання СЖП не проводили у зв'язку з запланованою на наступну добу операцію холецистектомії, у 7 з них під час лапароскопічної операції виявлений гнійний холангіт, операція завершена зовнішнім дрениванням СЖП.

Для ендобіліарного стентування обирали двобічні стенти pigtail діаметром 7–10 Fr, яких встановлювали 1–3, залежно від ситуації. За множинного холедохолітіазу, великої кількості замазки, широкої СЖП віддавали перевагу стентам діаметром 10 Fr, які обов'язково заводили вище конкремента. За інших обставин, навіть при гнійному холангіті, використовували тонкі стенти. За наявності поодиноких рухливих конкрементів та відсутності ознак холангіту встановлювали стенти без заведення за конкремент. Через задовільні результати ендобіліарного стентування ми майже не використовуємо назобіліарне дренивання, лише у 19 хворих встановлений дренаж типу pigtail. Після папілотомії для попередження біліарних ускладнень або їх лікування хворим обов'язково призначали антибіотики, холеретики, прокінетики. Встановлення ендобіліарних стентів запобігало повторному вклиненню конкрементів у СЖП і, таким чином, дозволяло провести лікування супутніх захворювань,

підготуватися до подальших мініінвазивних втручань з використанням транспаплярного або лапароскопічного доступу.

Після виконання ЕТВ в один етап у 472 (74,9%) хворих вдалося звільнити СЖП від конкрементів, їх уламків та замазки, кращі результати спостерігали при ГО на рівні ампули ВСДК (у 96,9% хворих). Повторні ЕТВ здійснювали з інтервалом 1–3 доби. Додаткова балонна літоекстракція та механічна літотрипсія з літоекстракцією виявилися вдалими у 42 (6,7%) хворих.

У 4 хворих за наявності великих щільних конкрементів, які не піддавалися механічній літотрипсії, успішно застосували контактну електрогідролітичну літотрипсію. Для виконання безпечного втручання необхідною умовою є наявність хорошого візуального контролю положення конкремента та контакту з електрозондом. Візуальний контроль забезпечували шляхом проведення електрозонда через канал "дочірнього" холедохоскопа, введеного до СЖП через розсічений ВСДК за допомогою "материнського" дуоденоскопа з широким (діаметром 5,5 мм) біопсійним каналом.

Після ЕПСТ з літоекстракцією у 457 (92,1%) хворих відзначали поліпшення стану, особливо при защемленні конкремента у ВСДК, коли гострий приступ болу зникав вже під час здійснення процедури. При гострому панкреатиті в 11 пацієнтів відзначений його абортивний перебіг. У хворих за набрякової форми гострого біліарного панкреатиту через 2–4 доби після ранньої ЕПСТ нормалізувалася активність амілази в крові, поліпшилися дані УЗД.

У хворих при obturaційній жовтяниці після усунення ГО в дистальному відділі СЖП або ВСДК відзначали швидке зменшення рівня білірубіну, особливо його прямої фракції, у сироватці крові; поступово нормалізувалися показники печінкових тестів (активність АЛТ, ЛДГ, ГГТ, лужної фосфатази).

Адекватна біліарна декомпресія у хворих за наявності клінічних ознак гнійного холангіту супроводжувалася значним поліпшенням їх стану, нормалізацією температури тіла, відсутністю лихоманки, зникненням больового синдрому. У крові зменшувалася кількість лейкоцитів, поступово нормалізувалася формула крові, зменшувалася ШЗЕ.

Лапароскопічна холецистектомія лише у 9 (9,2%) хворих виконана протягом 1–ї доби; 88 (88,7%) — оперовані через 2–4 доби після госпіталізації, після відповідної підготовки, що особливо актуальне у 12 (12,3%) пацієнтів за наявності супутніх захворювань у стадії декомпенсації. Двоє хворих у задовільному стані або з значним поліпшенням, без клінічних, лабораторних та УЗД ознак гострого холециститу випирані без оперативного втручання. У 2 хворих гострий холецистит виник через 2–3 доби після ендод

Таблиця 2. Оперативні втручання, виконані у хворих з приводу ГО СЖП

Операція	Локалізація конкремента, що обтурував СЖП							
	ВСДК (n=171)		дистальна частина СЖП (n=304)		супра- та ретродуоденальна частина (n=64)		Разом (n=539)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ)	166	97,1	263	86,5	18	28,1*	447	82,9
ЛХЕ, ревізія СЖП, літоекстракція	1	0,6	11	3,6*	23	35,9	35	6,5
ЛХЕ, БДА	–	–	1	0,7	1	4,7*	2	0,4
Відкрита холецистектомія (ВХЕ)	–	–	3	1,0*	–	–	3	0,6
ВХЕ, холедохолітомія, літоекстракція	2	1,2	20	6,6*	15	23,4*	37	6,9
ВХЕ і/або БДА	1	0,6	7	2,3*	7	10,9*	15	2,8

Примітка. БДА – білідигестивний анастомоз

скопічного усунення ГО, ймовірно, внаслідок ретроградного інфікування вмісту жовчного міхура під час виконання ЕТВ.

Після здійснення ЕТВ з приводу ГО СЖП у 447(82,9%) хворих виконана холецистектомія, у 89 (14,1%) – протягом 1–12 діб операції на жовчних протоках, з них у 37 (5,9%) – з використанням лапароскопічного доступу (табл. 2). Вибір строків та методу операції багатофакторним. Протягом 1–2 діб після ЕТВ ми оперували хворих: а) яким не потрібна тривала підготовка до операції; б) у яких не усунута біліарна гіпертензія або прогресував гострий холецистит.

Причинами незадовільних результатів ЕТВ у 95 (15,1%) пацієнтів були: патологічні зміни в дистальній частині СЖП та ділянці ВСДК (дивертикули, виражений набряк слизової оболонки) – у 22 (23,2%), тубулярний стеноз СЖП – у 38 (40%), наявність великих твердих – у 26 (27,4%) та фіксованих – у 6 (6,3%) конкрементів у СЖП, раніше виконані операції на шлунку і дванадцятипалій кишці – у 2 (2,1%), відсутність дренажного ефекту стентування та назобіліарного дренажу – у 3 (3,2%). За наявності ознак холедохолітіазу та/або біліарної гіпертензії у 37 (6,9%) хворих здійснено ревізію СЖП з використанням кошика Дормія чи балонного літоекстрактора через міхурову протоку – у 21 (3,9%) або шляхом холедохотомії – у 16 (3,0%) з візуальним контролем за допомогою холедохоскопа. З використанням лапароскопічного доступу у 35 (94,6%) хворих з успіхом видалені конкременти. У 2 хворих при порушенні прохідності СЖП лапароскопічно накладений холедоходуоденоанастомоз.

Відкриті операції виконували при прогнозуванні значних труднощів під час лапароскопічної ревізії жовчних проток і літоекстракції внаслідок вираженого інфільтрату в гепатодуоденальній зв'язці, наявності великих конкрементів. Ще у 52 (9,6%) пацієнтів здійснено холедохотомію або черезміхурову ревізію СЖП з літоекстракцією. Операцію завершували накладанням глухого шва СЖП – у 17 (32,7%) хворих, її

зовнішнім дренажуванням – у 20 (38,5%), накладанням гепатикоєюноанастомозу – у 10 (19,2%) або холедоходуоденоанастомозу – у 5 (9,6%).

Неадекватне ендоскопічне дренажування біліарної системи з появою відповідних клінічних і лабораторних ознак і візуально виявленого під час операції гнійного холангіту відзначено у 3 (7,5%) хворих. Вірогідна різниця ефективності стентування або зовнішнього біліарного дренажування нами не виявлена, проте, хворі після дренажування постійно скаржилися, їх фізична активність обмежена. Під час аналізу факторів, що впливали на результати внутрішнього ендоскопічного дренажування, відзначено недостатню ефективність поодиноких тонких (7 Fr) м'яких стентів, особливо за множинного холедохолітіазу та синдрому Міріцці.

У 14 хворих старечого віку або з тяжкими супутніми захворюваннями, що зумовило високий операційний ризик, ендобіліарне стентування або внутрішнє ендоскопічне дренажування жовчного міхура було остаточною методом інвазивного лікування з приводу біліарної ГО, ускладненої гострим холециститом. З значним поліпшенням, після усунення обтураційної жовтяниці, холангіту, гострого холециститу пацієнти виписані з клініки через  $(7,3 \pm 3,21)$  добу для амбулаторного лікування.

Специфічні для ЕТВ ускладнення виникли у 20 (3,2%) пацієнтів: клінічно значуща кровотеча з місця папілотомії – у 8 (1,3%), гострий панкреатит – в 11 (1,7%), ретродуоденальна перфорація – в 1 (0,2%). У 4 пацієнтів при гнійному септичному холангіті після біліарної декомпресії та лаважу жовчних проток речовинами антисептиків виник септичний шок з вираженою артеріальною гіпотензією, тахікардією, периферійним вазоспазмом, що потребувало проведення відповідної інтенсивної консервативної терапії. Прогресування холангіту після ЕТВ за неусуненої біліарної гіпертензії ми розцінюємо не як ускладнення ЕТВ, а як наслідок неадекватної лікувальної тактики: хворим за такої ситуації слід або завершувати втручання ендобіліарним стентуванням/назобіліарним дренажу-

ванням, або виконувати холедохолітотомію протягом 1–ї доби. Ігнорування такого підходу може бути фатальним для пацієнта.

Післяопераційні ускладнення виникли у 24 (4,5%) хворих: підпечінковий абсцес — у 4, нагноєння рани — у 4, гострий панкреатит — в 11, гострий інфаркт міокарда — у 3, порушення кровообігу головного мозку — у 2. Найменша частота післяопераційних ускладнень — у 4 (2,3%) хворих ( $P < 0,05$ ) відзначена при ГО СЖП внаслідок вклиненого конкремента у ВСДК.

Померли 8 (1,5%) хворих: внаслідок поліорганної дисфункції — 5, гострого інфаркту міокарда — 2, гострого порушення кровообігу головного мозку — 1.

Тривалість лікування хворих у стаціонарі від 3 до 38 діб (Me 11,2 діб).

Таким чином, виконання ЕТВ при ГО СЖП має деякі особливості, що зумовлене невідкладністю ситуації та тяжкістю стану пацієнтів внаслідок наявності таких загрозливих ускладнень ЖКХ, як обтураційна жовтяниця, гнійний холангіт, біліарний панкреатит, гострий холецистит. Фізичний стан III–IV класу (за класифікацією ASA) встановлений у 38,9% хворих. За таких обставин оптимальним варіантом лікувальної тактики є мініінвазивне лікування, яке передбачає налагодження біліарного дренивання, усунення причини ГО, лікування ускладнень, попередження обструкції та ускладнень у майбутньому. За неможливості з будь-яких причин здійснення ендоскопічної літоекстракції втручання слід завершувати ендобіліарним стентуванням або назобіліарним дрениванням. У пацієнтів, що перебувають у тяжкому стані, особливо старечого віку, ендобіліарне стентування може бути кінцевим методом лікування ГО СЖП.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ильченко А. А. 10 лет классификации желчнокаменной болезни (ЦНИИГ): основные итоги научно-практического применения / А. А. Ильченко // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2012. — № 4. — С. 3–6.
2. Ультразвуковая диагностика холедохолитиаза / А. В. Комаров, А. Н. Катрич, М. И. Быков, А. А. Завражнов // Осложненная желчнокаменная болезнь: материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием (Краснодар–Анапа). — СПб., 2012. — С. 47–48.
3. Percutaneous cholecystostomy in high-risk elderly patients with acute cholecystitis: A lifesaving option / M. Kapan, A. Onder, G. Tekbas [et al.] // Am. J. Hosp. Palliat. Care. — 2013. — Vol. 30, N 2. — P. 167–171.
4. Factors predicting mortality in emergency abdominal surgery in the elderly / N. Fukuda, J. Wada, M. Niki [et al.] // World J. Emerg. Surg. — 2012. — Vol. 7, N 1. — P. 12–17.
5. Результаты эндоскопических вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой / Ф. Г. Назыров, Л. П. Струцкий, А. В. Девятков [и др.] // Новости хирургии. — 2011. — Т. 19, № 4. — С. 36–41.
6. Redwan A.A. Multidisciplinary approaches for management of postcholecystectomy problems (surgery, endoscopy, and percutaneous approaches) / A. A. Redwan // Surg. Laparosc. Percutan. Tech. — 2009. — Vol. 19, N 6. — P. 459–469.
7. Огородник П. В. Эндоскопичні методи лікування обтурації великого сосочка дванадцятипалої кишки / П. В. Огородник // Клін. хірургія. — 1999. — № 11. — С. 13–16.
8. Does leaving a main pancreatic duct stent in place reduce the incidence of precut biliary sphincterotomy-associated pancreatitis? A randomized, prospective study / S. W. Cha, W. D. Leung, G. A. Lehman [et al.] // Gastrointest. Endosc. — 2013. — Vol. 77, N 2. — P. 209–216.
9. Recurrent cholangitis after endoscopic lithotripsy of common bile duct stones with gallstones in situ: predictive factors with and without subsequent cholecystectomy / J. H. Lai, H. Y. Wang, W. H. Chang [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. Pt A. — 2012. — Vol. 22, N 4. — P. 324–329.
10. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Ничитайло, В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук [и др.] — К.: Здоровья, 2005. — 424 с.
11. Endoscopic extraction of large common bile duct stones: A review article / G. Stefanidis, C. Christodoulou, S. Manolakopoulos, R. Chuttani // World J. Gastrointest. Endosc. — 2012. — Vol. 4, N 5. — P. 167–179.
12. Даценко Б. М. Эндоскопична діагностика та лікування гнійного холангіту / Б. М. Даценко, Т. І. Тамм, К. О. Крамаренко // Практ. медицина. — 2003. — Т. 9, № 1. — С. 27–28.
13. Techniques of biliary drainage for acute cholangitis: Tokyo Guidelines / T. Tsuyuguchi, T. Takada, Y. Kawarada [et al.] // J. Hepatobil. Pancreat. Surg. — 2007. — Vol. 14, N 1. — P. 35–45.
14. Yang J. Endoscopic biliary stenting for irretrievable common bile duct stones: Indications, advantages, disadvantages, and follow-up results: Review / J. Yang, J.-Y. Peng, W. Chen // Surgeon. — 2012. — Vol. 10, N 4. — P. 211–217.

