

© Пролигіна І.В. (мол.), Булавенко О.В., Пролигіна І.В., Балабуєва С.В.

УДК: 618.39-021.3

Пролигіна І.В. (мол.), Булавенко О.В., Пролигіна І.В., Балабуєва С.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Резюме. В статті розглянуті питання індивідуальних особливостей у жінок з загрозою переривання вагітності такі як: наявність та вираженість акцентуацій особистості, рівень тривожності, тип темпераменту, психологічний компонент гестаційної домінанти. Встановлено, що загроза переривання вагітності є актуальною проблемою у медицині і це спонукає до пошуку нових профілактичних заходів з врахуванням соціально-економічних факторів та особливостей психологічного статусу.

Ключові слова: вагітність, загроза переривання вагітності, акцентуація, тривожність, темперамент, гестаційна домінанта, особистість.

Вступ

Патологія вагітності займає одне з провідних місць серед факторів, що мають негативний вплив на здоров'я матері та дитини. За даними ряду авторів, спостерігається зростання акушерської патології, материнської та перинатальної смертності, що пов'язують із впливом негативних соціально-економічних чинників, погіршенням екологічної ситуації, масовою невротизацією населення [Лупояд и др., 2011; Беспалько, 2003].

Вагітність є надзвичайно потужним емоційним чинником та істотно впливає на всі психологічні та психічні аспекти життя [Долецкая и др., 2006; Мурашко, 2004]. Психологічні зміни, що виникають внаслідок розвитку ускладненої вагітності, викликають дизадаптацію, яка підтримує чи сприяє прогресуванню патологічних процесів в організмі жінки [Могилевкина и др., 2006; Филлипова, 2003; Moore et al., 2006].

Відомо, що вагітність - це особливий стан, під час якого психіка жінки суттєво змінюється, оскільки протягом дев'яти місяців майбутня мати переживає як фізіологічну, так і емоційну еволюцію. Зосередження на дитині пояснюють як впливом викиду значної кількості гормонів, які забезпечують виношування і народження дитини, так і новою соціальною ситуацією у розвитку життєвого сценарію жінки [Добряков, 2010; Wheelrer et al., 2009].

Очікування дитини - подія, що стосується не лише медицини, вона несе в собі психологічні аспекти, які потребують розуміння. Поняття "гестаційна домінанта" [Аршевский, 1957; Батуев, 1996; Грищенко, 2008; Добряков, 2001] опирається на створення нової і суттєво іншої констеляції ланок в центральній нервовій системі, що забезпечує певний гормональний профіль і відповідний йому вже інший гомеостаз і форму поведінки під час вагітності. Як зазначає Добряков І.В. [2010], будь-які негативні впливи середовища можуть негативно впливати на організм жінки, який формує материнську домінанту і призводить до виникнення "стресової субдомінанти".

Метою даного дослідження є вивчення взаємозв'язку індивідуальних психологічних властивостей вагітних

жінок з їхніми особливостями перебігу вагітності.

Матеріали та методи

Нами було проведено комплексне обстеження 16 жінок з загрозою переривання вагітності на ранніх термінах (до 12 тижнів) віком від 18 до 38 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні клінічного міського пологового будинку №2 м. Вінниця.

Для діагностики типу акцентуації особистості використовували особистісний опитувальник Леонгарда-Шмишека, який був опублікований Г. Шмишеком в 1970 році. Методика складається з 88 питань. За допомогою даної методики визначаються наступні 10 типів акцентуації особистості: демонстративний, педантичний, застрягаючий, збудливий, гіпертимічний, дистимічний, тривожно-боязливий, циклотимічний, афективно-екзальтований, емотивний. Максимальний показник по кожному типу акцентуації - 24 бали. Ознакою акцентуації вважається показник вище 15 балів.

Особистісний опитувальник Айзенка опублікований в 1963 році і містить 57 питань, 24 з яких направлено на виявлення екстраверсії-інтроверсії, 24 - на оцінку емоційної стабільності-нестабільності (нейротизму), решта 9 - складають контрольну групу запитань, призначену для оцінки ширості випробуваного, його відносин до обстеження та достовірності результатів. При аналізі результатів слід дотримуватися наступних орієнтирів: екстраверсія - більше 15 - екстраверт, 12 - середнє значення, менше 9 - інтроверт; нейротизм - більше 14 - високий рівень нейротизму, 9-13 - середнє значення, менше 7 - низький рівень нейротизму; брехня - більше 6 - недостовірні результати, більше 4 - нещирість у відповідях, що свідчить про деяку демонстративність поведінки і орієнтованості випробуваного на соціальне схвалення, менше 4 - норма.

Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна - спосіб самооцінки ситуативної тривожності, яка характеризує стан обстежуваної жінки на даний період часу під впливом поточних обставин і особистісної тривожності, яка є

Таблиця 1. Результати дослідження типів акцентуації особистості.

№ п/п	ПІБ	Демон-стративний	Застря-гаючий	Педан-тичний	Збуд-ливий	Гіпер-тивний	Дисти-мічний	Триво-жний	Афективно-екзальтований	Емотив-ний	Циклоти-мний
1	ПЯБ	8	16	4	15	9	12	6	12	15	9
2	БП	12	14	10	15	18	6	3	24	21	21
3	ГТО	10	14	12	21	9	9	21	18	24	15
4	ВНМ	14	12	8	12	21	3	3	6	21	15
5	ГНА	немає відповіді									
6	ХАО	14	16	8	12	15	6	3	18	18	12
7	СЛС	12	16	12	12	12	3	18	24	21	18
8	ЮВ	6	14	14	9	12	6	15	6	15	15
9	БВП	14	14	14	15	18	3	18	6	18	24
10	КЛВ	12	12	14	9	9	3	18	12	18	21
11	ГЛ	12	10	14	3	21	3	9	6	15	9
12	ПМС	14	12	6	3	9	3	9	6	15	15
13	ЛНМ	16	8	16	18	18	6	12	18	18	18
14	ЗОВ	4	12	6	9	6	3	6	12	15	9
15	БОВ	6	18	18	15	3	6	15	24	15	18
16	ТСА	20	14	12	12	21	6	15	6	21	15

Примітка: **жирним** - явна акцентуація, *курсор* - тенденція до акцентуації.

стійкою конституційною характеристикою індивідуума. Реактивна тривожність характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, іноді координації. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозові. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями.

Серед відомих класифікацій типів психологічного компонента гестаційної домінанти найбільш важливою є та, яку запропонував І.В. Добряков. На його думку, визначення типу психологічної домінанти є необхідною і бажаною умовою оптимального формування груп допологової підготовки вагітних жінок. Гестаційна домінанта забезпечує спрямованість усіх реакцій організму на створення оптимальних умов для розвитку ембріону, а потім плода. В проведеному нами дослідженні ми опиралися на класифікацію гестаційної домінанти І.В.Добрякова [2001], який виділяв п'ять типів, таких як оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний і депресивний.

Результати. Обговорення

У нашому дослідженні, що проводилось у гінекологічному відділенні на базі клінічного міського пологового будинку №2 м. Вінниці, приймали участь 16 жінок з загрозою переривання вагітності на ранніх термінах, які перебували на стаціонарному лікуванні.

Жінкам було запропоновано відповісти на запитання особистісного опитувальника Леонгарда-Шмишека.

Таблиця 2. Результати дослідження екстраверсії (інтроверсії) і нейротизма.

№ п/п	ПІБ	Бали	Результат	Бали	Результат	Бали	Результат
1	ПЯБ	немає відповіді					
2	БП	13	екстраверсія	8	стабільність	4	достовірні результати
3	ГТО	4	інтроверсія	18	нейротизм	1	достовірні результати
4	ВНМ	19	екстраверсія	8	стабільність	6	недостовірні результати
5	ГНА	13	екстраверсія	11	стабільність	4	достовірні результати
6	ХАО	8	інтроверсія	7	стабільність	3	достовірні результати
7	СЛС	8	інтроверсія	14	нейротизм	3	достовірні результати
8	ЮВ	8	інтроверсія	15	нейротизм	5	достовірні результати
9	БВП	16	екстраверсія	16	нейротизм	1	достовірні результати
10	КЛВ	9	інтроверсія	17	нейротизм	8	недостовірні результати
11	ГЛ	12	екстраверсія	8	стабільність	2	достовірні результати
12	ПМС	8	інтроверсія	10	стабільність	2	достовірні результати
13	ЛНМ	9	інтроверсія	20	нейротизм	2	достовірні результати
14	ЗОВ	8	інтроверсія	9	стабільність	4	достовірні результати
15	БОВ	9	інтроверсія	18	нейротизм	3	достовірні результати
16	ТСА	13	екстраверсія	9	стабільність	3	достовірні результати

Таблиця 3. Результати дослідження ситуативної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна.

№ п/п	ПІБ	Ситуативна тривожність		Особистісна тривожність	
1	ПЯБ	69	висока	61	висока
2	БП	31	помірна	53	висока
3	ГТО	44	помірна	54	висока
4	ВНМ	27	низька	40	помірна
5	ГНА	немає відповіді			
6	ХАО	27	низька	49	висока
7	СЛС	43	помірна	54	висока
8	ЮВ	60	висока	58	висока
9	БВП	34	помірна	54	висока
10	КЛВ	36	помірна	35	помірна
11	ПЛ	немає відповіді			
12	ПМС	32	помірна	33	помірна
13	ЛНМ	31	помірна	58	висока
14	ЗОВ	29	низька	51	висока
15	БОВ	67	висока	60	висока
16	ТСА	52	висока	46	висока

Теоретичною основою опитувальника є концепція "акцентуованих особистостей". Відповідно до цієї концепції всі риси особистості розділяють на основні та додаткові. Особи, у яких основні риси яскраво виражені, К.Леонгард назвав акцентуованими. Результати опитування представлені в таблиці 1.

З таблиці видно, що одна пацієнтка відмовилась проходити вищенаведену методику (6,25%), п'ять досліджуваних мають явну акцентуацію (31,25%), а у десяти жінок спостерігається тенденція до акцентуації по емотивному типу (62,5%). У восьми пацієнток відмічається тенденція (50%) та у трьох - явна акцентуація (18,75%) по циклотомному типу. Дистимічний тип акцентуації не відмічається взагалі.

Також жінкам було запропоновано відповісти на за-

питання особистісного опитувальника Айзенка, який прийшов до висновку, що всю совокупність рис людини можна представити за допомогою двох головних чинників: екстраверсії (інтроверсії) і невротизма (див. табл. 2)

Відповідати на тестові запитання відмовилась одна вагітна (6,25%). В ході дослідження було виявлено дві жінки в яких по результатам дослідження бали брехні 6 і більше. Ці результати не є достовірними і не враховуються (12,5%). Також в ході дослідження було виявлено 5 екстравертованих особистостей (31,25%) та інтравертованих - 8 (50%). Емоційна стабільність була виявлена у 7 вагітних (43,75%), невротизм - у 6 жінок (37,5%).

Для оцінки стану обстежуваної жінки на даний період часу під впливом поточних обставин і особистісної тривожності використовували шкалу тривоги Спілбергера-Ханіна (див. табл. 3).

Як видно з наведеної таблиці дві жінки з групи обстежуваних відмовились від проведення тестування (12,5%). Низька ситуативна тривожність спостерігалась у 3 жінок (18,75%), які мають обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез. Висока особистісна тривожність спостерігалась у 11 (68,75%) жінок які знаходяться у постійній тривозі в різних життєвих ситуаціях.

В результаті вивчення анамнестичних даних, клініко-психологічних спостережень за вагітними жінками та бесід з ними було побудовано загальний профіль гестаційної доміанти (див. табл. 4).

Як видно з таблиці більшість жінок мають оптимальний тип доміанти по відношенню до способу життя під час вагітності, до майбутніх пологів, до своєї дитини, до вигодовування груддю, сприйняття себе як матері, ставлення чоловіка, родичів та близьких до їх вагітності; ейфоричний тип доміанти - по відношенню до себе вагітної та ставленні сторонніх людей до вагітності; гіпогестогнозичний тип - по відношенню до способу життя під час вагітності.

Таблиця 4. Загальний профіль гестаційної доміанти.

				Оптимальний тип	Гіпогестогнозичний тип	Ейфоричний тип	Тривожний тип	Депресивний тип
А	Ставлення жінки до себе	I	Ставлення до вагітності	3	1	8	-	-
		II	Ставлення до способу життя під час вагітності	5	6	3	3	-
		III	Ставлення до майбутніх пологів	9	1	2	1	-
Б	Ставлення жінки до системи "мати-дитя", яке формується протягом вагітності	I	Ставлення до себе як до матері	7	-	6	-	-
		II	Ставлення до своєї дитини	6	-	3	4	-
		III	Ставлення до вигодовування дитини груддю	7	-	5	1	-
В	Ставлення вагітної жінки до ставлення оточуючих	I	Ставлення чоловіка до мене вагітної	7	-	5	1	-
		II	Ставлення родичів та близьких до мене вагітної	10	2	-	-	1
		III	Ставлення сторонніх людей до мене вагітної	-	5	7	3	-

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Практично здорові вагітні жінки, які знаходяться в стані психологічного комфорту мають оптимальний тип гестаційної домінанти. Вони потребують базових наукових знань щодо реалізації репродуктивної функції жіночим організмом в нормі та патології.

2. До "групи ризику" необхідно включати жінок, які мають ейфоричний, гіпогестогнозичний, тривожний типи гестаційної домінанти. У них підвищується вірогідність розвитку нервово-психічних порушень, соматичних захворювань або загострення хронічних порушень. Ці жінки потребують релаксаційними метода-

ми саморегуляції поведінки.

3. Запропоновані методики виявили високу диференціюючу здатність в психодіагностиці не тільки станів адаптації і дезадаптації вагітних з загрозою переривання вагітності, а й особливості їх уявлень про себе, які спонукають до переоцінки себе і своїх можливостей.

Використання наведених в статті методик дасть змогу оцінити соціально-психологічну готовність вагітної жінки до материнства, її психологічне та соматичне здоров'я, легко виявляти самі ті проблеми, які потребують негайної корекції в різних триместрах вагітності, і які в більшості випадків залишаються поза увагою акушер-гінекологів.

Список літератури

- Аршевский И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша /И.А.Аршевский; под. ред. Ф.А. Сыроватко // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - М., 1957. - С. 22-26.
- Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства /А.С. Батуев //Психология сегодня. Ежегодник Росс. психол. общества. - М., 1996. - Т.2, №4. - С. 69-70.
- Беспалько В.В. Нарушение репродуктивного здоровья студенток /В.В.Беспалько //Международный медицинский журнал. - 2003. - №3. - С. 75-77.
- Грищенко Н.Г. Системно-структурный анализ репродуктивного здоровья / Н.Г.Грищенко //Международный медицинский журнал. - 2008. - Т.14, №3 (55). - С. 55-58.
- Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты /И.В.Добряков; под ред. И.В.Добрякова, Н.П.Коваленко //Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сб. мат. - СПб.: ИАГРАМН им. Д.О. Отта, 2001.
- Добряков И.В. Перинатальная психология /Добряков И.В. - СПб.: Питер, 2010. - С. 98-112.
- Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему (обзор литературы) / В.С.Лупояд, И.С.Бородай, О.Н.Аралов [и др.] //Международный медицинский журнал. - 2011, №4. - С. 54-60.
- Могилевкина И.А. Исследование факторов, определяющих перинатальную смертность в Украине /И.А.Могилевкина, А.Н.Орда, Е.В.Карасева //Перинатология и педиатрия. - 2006. - №2(26). - С. 58-62.
- Мурашко М.А. Дистанционный консультативный центр - оперативный контроль над оказанием акушерской помощи в регионе /М.А.Мурашко //Журнал акушерства и женских болезней. - 2004. - №2. - С.44-47.
- Оценка качества жизни у больных с мимой матки после различных видов хирургического лечения /Д.В.Долецкая, М.А.Ботвин, Н.М.Побединский [и др.] //Акушерство и гинекология. - 2006. - №1. - С. 10-13.
- Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический поход / Г.Г.Филиппова //Детский психолог. - №5. - 2003. - С. 17.
- Moore K. L. The beginning of human development: the first week / K.Moore L., T.V.N.Persuad. - [6th ed.] // Developing Human: Clinically oriented Embriol. - Philadelphia: WB Saunders company, 2006. - P. 34-46.
- Wheeler D. Prenatal screening in the first trimester of pregnancy /D.Wheeler, M.Sinosich //Prenat. diagn. - 2009. - №18. - P. 537-543.

Пролыгина И.В. (млад.), Булавенко О.В., Пролыгина И.В., Балабуева С.В. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Резюме. В статье рассмотрены вопросы индивидуальных особенностей у женщин с угрозой прерывания беременности такие как: наличие и выраженность акцентуаций личности, уровень тревожности, тип темперамента, психологический компонент гестационной доминанты. Установлено, что угроза прерывания беременности является актуальной проблемой в медицине и это побуждает к поиску новых профилактических мероприятий с учетом социально-экономических факторов и особенностей психологического статуса.

Ключевые слова: беременность, угроза прерывания беременности, акцентуация, тревожность, темперамент, гестационная доминанта, личность.

Prolygina I.V. (junior), Bulavenko O.V., Prolygina I.V., Balabueva S.V. PERSONALITY WOMEN'S FEATURES WITH THE THREAT OF TERMINATING PREGNANCY

Summary. Women's individual features with the threat of the terminating pregnancy such as: presence and expressiveness of accentuation of personality, level of anxiety, type of temperament and psychological component of gestational dominant were examined in the article. It is determined that a threat of terminating pregnancy is the actual problem of the day in medicine and it induces to the search to new prophylactic measures with due regard for socio-economic factors and features of psychological status.

Key words: pregnancy, threat of the terminating pregnancy, accentuation, anxiety, gestational dominant, personality, temperament.

Стаття надійшла до друку 21.11.2013р.

Пролыгина Илона Валеріївна (мол.) - студентка VI курсу Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; prolyginainna@yandex.ua

Булавенко Ольга Василівна - д.мед.н., проф., завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 57-05-59; remedivin@gmail.com

Пролигіна Інна Валеріївна - к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; prolyginainna@yandex.ua

Балабуєва Серафима Володимирівна - к.мед.н., доц. кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова,; +38 0432 27-29-49

© Бабійчук Ю.В.

УДК: 616.366 - 003.7-089.12

Бабійчук Ю.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії медичного факультету №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

МАЛОІНВАЗИВНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ТРАНСПАПІЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Резюме. Узагальнені результати хірургічного лікування 281 хворого з приводу механічної жовтяниці різноманітного генезу, яким виконані ендоскопічні транспапілярні втручання. Механічна жовтяниця доброякісного генезу спостерігалась у 253 (90%) пацієнтів, злаякісного генезу у 28 (10%). Серед хворих на механічну жовтяницю доброякісного генезу найбільш часто зустрічався холедохолітіаз - 201 (71,5%) випадків, стенозуючий папіліт - 19 (6,8%) випадків, рубцеві стриктури позапечіткових жовчних шляхів - 11 (3,9%) випадків, стиснення протоку при хронічних панкреатитах - 3 (3,9%) випадки, при післяопераційних деформаціях позапечіткових жовчних шляхів - 3 (3,9%) випадків, при холангіті - 14 (5%) випадків, доброякісних пухлинах великого дуоденального сосочка - 2 (0,7%) випадки. Пухлинна природа захворювання обумовлена раком головки підшлункової залози у 12 (4,3%) хворих, пухлинною дуоденального сосочку у 7 (2,5%) хворих, пухлинами воріт печінки і метастазами раку іншої локалізації в печінку у 9 (3,2%) хворих. У хворих виконувались ретроградна холангіопанкреатографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія з механічною літотрипсією та частковою літоекстракцією, ендобіліарне стентування. Ускладнення під час транспапілярних втручань виникли у 38 (13,5%) хворих. Ендоскопічні транспапілярні втручання є першим етапом допомоги хворим з механічною жовтяницею і в разі неможливості радикального вирішення ситуації повинні забезпечувати декомпресію жовчовивідних шляхів.

Ключові слова: механічна жовтяниця, холедохолітіаз, ендоскопічна папілосфінктеротомія; літоекстракція; літотрипсія, назобіліарне дренирування.

Вступ

Механічна жовтяниця (МЖ) вважається однією з найбільш важких проблем хірургічних захворювань печінки та позапечіткових жовчних шляхів. Проблеми діагностики і диференціальної діагностики причин обтурації жовчних шляхів не втратили актуальності і в даний час. Хірургічні втручання у хворих МЖ, що виконуються за екстреними показаннями, супроводжуються великою кількістю ускладнень, а летальність досягає 15 - 30%, що в 4 рази вище, ніж у тих випадках, коли МЖ вдається ліквідувати до операції [Ничитайло, Грубник, 2005]. Величезний досвід, накопичений зарубіжними і вітчизняними хірургами, показує, що синдром МЖ виникає у 15 - 40% хворих з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) і у всіх хворих, що мають пухлинне ураження жовчних шляхів [Борисенко и др., 2012; Огородник та ін., 2012]. Декомпресія біліарної системи є однією з головних цілей і найважливішим компонентом лікувальних заходів у цих пацієнтів. Мета роботи - проаналізувати причини механічної жовтяниці у хворих похилого та старечого віку, особливості перебігу та результати лікування ендоскопічними транспапілярними методами.

Матеріали та методи

З 2003 по 2013 роки в ендоскопічному кабінеті обласного клінічного госпіталю для інвалідів Великої Вітчизняної війни проведено 281 втручання з приводу МЖ різного генезу. Вік хворих від 52 до 93 років, у середньому (65±11) років. Чоловіків було 112 (39,9%), жінок -

244 (60,1%). МЖ доброякісного генезу спостерігалась у 253 (90%) пацієнтів, злаякісного генезу у 28 (10%). Серед МЖ доброякісного генезу найбільш часто зустрічався холедохолітіаз 201 (71,5%) випадків, стенозуючий папіліт - 19(6,8%) випадків, рубцеві стриктури позапечіткових жовчних шляхів 11 (3,9%) випадків, стиснення протоку при хронічних панкреатитах 3 (3,9%) випадків, при післяопераційних деформаціях позапечіткових жовчних шляхів 3 (3,9%) випадків, при холангіті - 14 (5%) випадків, доброякісних пухлинах великого дуоденального сосочка (ВДС) - 2 (0,7%) випадки. Пухлинна природа захворювання обумовлена раком головки підшлункової залози (ПЗ) у 12 (4,3%) хворих, пухлиною ВДС у 7 (2,5%), пухлинами воріт печінки і метастазами раку іншої локалізації в печінку у 9 (3,2%) пацієнтів. Тривалість МЖ до 10 днів діагностовано у 76 (27%) хворих, від 10 до 30 днів у 190 (67,6) хворих, більше 30 днів у 15 (5,3%) хворих. Рівень вмісту загального білірубіну до 34 мкмоль/л діагностовано у 11 (3,9%) хворих, від 34 до 85 мкмоль/л у 130 (46,3%), від 86 до 169 мкмоль/л у 72 (25,6%), від 170 до 300 мкмоль/л у 52 (18,5%), більше 300 мкмоль/л у 16 (5,7%) хворих. У всіх пацієнтів застосовувалось: загальні клінічні аналізи, біохімічні дослідження крові, коагулограма, час згортання крові, ультразвукове дослідження печінки, підшлункової залози, внутрішньо- та позапечіткових жовчних протоків, комп'ютерна томографія без та з контрастуванням, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ).