

УДК 616.366-003.7-06/08:616.36-008.5

ДЕСЯТЕРИК В.І., КОТОВ О.В., ШЕВЧЕНКО Є.С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», факультет післядипломної освіти,
м. Кривий Ріг, Україна

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ УСКЛАДНЕНЬ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ НА ТЛІ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Резюме. Серед гострих хірургічних захворювань печінки та позапечінкових жовчних шляхів найбільш тяжкими можуть бути визнані ті, що супроводжуються стійкою непрохідністю магістральних жовчних проток із розвитком прогресуючої механічної жовтяниці. Незважаючи на безперервне вивчення цієї складної хірургічної проблеми, актуальними продовжують залишатися питання визначення етіології непрохідності жовчних шляхів та диференційної діагностики жовтяниць, вибору раціональної періопераційної медикаментозної терапії та хірургічної тактики, об'єму хірургічних втручань, враховуючи їх вимушену етапність та різноманіття мінімально інвазивних технологій, що використовують на сучасному етапі лікування даної патології. Проведений огляд літератури висвітлює сучасний стан науки щодо вирішення окреслених питань.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, ускладнення, гострий холецистит, механічна жовтяниця, діагностика, лікування.

Серед гострих хірургічних захворювань печінки та позапечінкових жовчних шляхів найбільш тяжкими можуть бути визнані ті, що супроводжуються стійкою непрохідністю магістральних жовчних проток із розвитком прогресуючої механічної жовтяниці. Незважаючи на безперервне вивчення цієї складної хірургічної проблеми, актуальними продовжують залишатися питання визначення етіології непрохідності жовчних шляхів та диференційної діагностики жовтяниць, вибору раціональної періопераційної медикаментозної терапії та хірургічної тактики, об'єму хірургічних втручань, враховуючи їх вимушену етапність та різноманіття мінімально інвазивних технологій, що використовують на сучасному етапі лікування даної патології.

Вибір методу діагностики

Діагноз холедохолітазу не у всіх випадках є очевидним, клінічна картина та біохімічні тести не завжди повною мірою відображають ситуацію. Для більш чіткого визначення подальшої діагностичної та лікувальної тактики існують рекомендації щодо розподілу пацієнтів згідно з вірогідністю наявності холедохолітазу [1]. Група високого ризику (понад 50 %) включає пацієнтів із клінікою жовтяниці або холангіту, холедохолітазу або розширенням холедоха при УЗ-діагностиці. Пацієнти, які мають панкреатит або жовтяницю в анамнезі, збільшений рівень білірубіну або лужної фосфатази, належать до групи середнього ризику (10–50 %). Пацієнтів із великими конкремен-

тами в жовчному міхурі, які не мають панкреатиту або жовтяниці в анамнезі та з нормальними показниками функції печінки, слід зарахувати до групи з низькою вірогідністю (менше 5 %) [2–4].

Ультразвукова діагностика (УЗД) рекомендована як скринінговий метод для виявлення конкрементів у жовчних протоках. За допомогою УЗД у більшості хворих можливо встановити ймовірні ознаки наявності жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень. До переваг методу слід зарахувати його доступність, неінвазивність та порівняно низьку вартість. Проте клініцисти не повинні покладатися тільки на один вид дослідження. Жоден із методів діагностики не може бути використаний ізольовано (рівень доказовості ІІІВ) [5]. УЗД має не найвищу чутливість і специфічність [6–8]. У комбінації з клінічною картиною й даними лабораторних досліджень УЗД дозволяє виявити пацієнтів, які потребують подальшого обстеження. Відсутність патології холедоха при УЗД і нормальні показники функції печінки свідчать про дуже малу ймовірність наявності в пацієнта холедохолітазу (за різними даними від 0 до 5 %) [9–11].

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) є найбільш раціональним методом як для діагностики, так і для лікування холедохолітазу. Ефек-

© Десятерик В.І., Котов О.В., Шевченко Є.С., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

тивність варіює в межах 75–90 % [5, 12–14]. Ця методика детальніше буде розглянута нижче.

Комп'ютерна томографія може відігравати певну роль у діагностиці холедохолітазу (чутливість 65–93 %, специфічність 84–100 %) [15–17].

Кращі показники має МРТ (чутливість і специфічність понад 90 %) [15, 18–20]. МРТ рекомендується як метод вибору в діагностиці жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень. Але є також і суттєві недоліки: конкременти менше 5 мм можуть не візуалізуватись, висока вартість та низька доступність. З огляду на такі недоліки МРТ слід використовувати в дійсно тяжких діагностичних випадках.

З тих пір як лапароскопічна холецистектомія набула поширеності, постійно йдуть дебати щодо ролі **інтраопераційної холангіографії**. Цей метод може бути ефективним для виявлення конкрементів холедоха, але його застосування суперечливе. З одного боку, є можливість контрастувати жовчне дерево та запобігти травмі холедоха, однак більшість дослідників свідчать, що немає суттєвої різниці в частоті травмування жовчних шляхів із холедохографією або без неї [21]. Інтраопераційна холангіографія рекомендується пацієнтам, які мають високий або середній ризик наявності холедохолітазу та у випадках, якщо діагноз холедохолітазу не був підтверджений до оперативного втручання (рівень доказовості ІВ) [5].

Заслужують на увагу розробки нових протоколів з діагностики та лікування гострого холециститу й холангіту (the Tokyo Guidelines), які вперше були опубліковані у 2007 році в *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery* і використовуються з тих пір по всьому світу [22]. Неодноразово проводились ратифікаційні дослідження, що довели їх високу вірогідність і ефективність.

Діагностичні критерії гострого холециститу (the Tokyo Guidelines):

А. Локальні ознаки запалення: 1. Синдром Мерфі. 2. Біль/резистентність черевної стінки, утворення, що пальпується в правому верхньому квадранті живота).

В. Системні ознаки запалення: 1. Лихоманка. 2. Збільшення рівня С-реактивного білка. 3. Лейкоцитоз.

С. Ознаки холециститу при інструментальних методах діагностики.

Попередній діагноз: наявність одного пункту в групі А і одного в групі В. Заключний діагноз: наявність одного пункту в групі А, одного в групі В і С.

Критерії для визначення ступеня тяжкості пацієнтів із гострим холециститом (Tokyo Guidelines) [22]:

Легкий ступінь тяжкості (І ступінь) — пацієнти з гострим холециститом, у яких немає ознак органної дисфункції.

Середній ступінь тяжкості (ІІ ступінь) визначається при наявності однієї з таких ознак: лейкоцитоз $> 18 \times 10^9$; наявність інфільтрату, що пальпується в ділянці правого підребер'я; тривалість скарг понад 72 години; наявність ознак локального запалення (жовчний перитоніт, емпієма жовчного міхура, печінковий абсцес, гангренозний холецистит).

Тяжкий ступінь (ІІІ ступінь) — гострий холецистит, асоційований із дисфункцією одного з наступних

органів/систем: серцево-судинна (гіпотензія, що вимагає застосування дофаміну в дозі від 5 мг/кг/хв, або добутаміну в будь-якому дозуванні), нервова система (порушення свідомості), дихальна система (рівень $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$), нирки (креатинін $> 2,0$ мг/дл), печінка (PT-INR — протромбіновий час — міжнародне нормалізоване відношення $> 1,5$), кров (число тромбоцитів $< 100 \cdot 10^9/л$).

Діагностичні критерії гострого холангіту (the Tokyo Guidelines) [23]:

А. Системні ознаки запалення: 1. Лихоманка. 2. Лабораторні дані — наявність ознак запалення.

В. Холестаз: 1. Жовтяниця. 2. Лабораторні дані — патологічний рівень печінкових проб.

С. Інструментальні методи діагностики: 1. Розширення біліарних проток. 2. Етіологічні ознаки (стриктури, камені тощо).

Критерії для визначення ступеня тяжкості для пацієнтів із гострим холангітом (Tokyo Guidelines) [22]:

Легкий ступінь (І ступінь) — пацієнти з гострим холангітом, у яких ефективна початкова медикаментозна терапія.

Середній ступінь тяжкості (ІІ ступінь) — пацієнти, у яких початкова медикаментозна терапія неефективна без органічних порушень.

Тяжкий ступінь (ІІІ ступінь) — гострий холангіт, асоційований із дисфункцією одного з наступних органів/систем: серцево-судинна (гіпотензія, що вимагає застосування дофаміну в дозі від 5 мг/кг/хв або добутаміну в будь-якому дозуванні), нервова система (порушення свідомості), дихальна система (рівень $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$), нирки (креатинін $> 2,0$ мг/дл), печінка (PT-INR — протромбіновий час — міжнародне нормалізоване відношення $> 1,5$), кров (число тромбоцитів $< 100 \cdot 10^9/л$). Примітка: пацієнти віком понад 75 років і пацієнти, які мають супутню патологію, повинні спостерігатися більш ретельно.

Згідно з The Tokyo Guidelines, антибіотикотерапія показана всім пацієнтам із підозрою на гострий холангіт і повинна бути розпочата в максимально ранні строки. Бактеріальна культура з жовчі повинна бути виділена при першій можливості. Після постановки попереднього діагнозу призначається емпірична антибіотикотерапія з урахуванням таких факторів, як: тип збудника, тяжкість захворювання, схеми сприйнятливості, наявність або відсутність патології печінки та/або нирок, історії прийому антибіотиків за рік. Надалі емпірична терапія замінюється більш вузькою направленою, з метою запобігання суперінфекції [24].

Бактеріальні культури з жовчі/крові при гострому холангіті/холециститі повинні бути взяті за першої можливості [24, 25]. Частота виявлення бактеріальних культур у жовчі при різних захворюваннях коливається від 29 до 47 % — при гострому холециститі та від 58 до 63 % — при холангіті [26–28]. Збудники, що були причиною гострого холангіту на тлі механічної жовтяниці (за Chang W., 2002): *Escherichia coli* (31–44%), *Klebsiella* (8,5–20 %), *Enterobacter* (5–9 %), *Proteus* (1–4,8 %), *Salmonella typhi* (0,8–2,6%), *Salmonella*

paratyphi (0,8–2,3 %), *Citrobacter* (1,6–4,5 %), *Pseudomonas* (0,5–7 %), *Streptococcus* spp. (2–10 %), *Enterococcus faecalis* (2,6–10 %), *Clostridium* (3–12,7 %), *Bacteroides* (0,5–8 %). Найбільш часто зустрічаються *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterococcus* і *Enterobacter*, у той час як частота виявлення *Streptococcus* spp., *Pseudomonas* і *Proteus* значно менша. Серед анаеробних мікроорганізмів найбільш часто зустрічається *Clostridium*. Більшість пацієнтів має полімікробну інфекцію. Є дані, що в пацієнтів із тяжким перебігом гострого холангіту найбільш часто вдається виділити анаеробні бактерії. У пацієнтів із гострим холангітом і холециститом виділення збудників із жовчі пов'язане зі ступенем тяжкості захворювання. Виявлено, що в багатьох пацієнтів із позитивним зростанням гемокультури виявлені ті ж типи бактерій, що і в жовчі. Частота позитивних результатів посіву крові при гострому холангіті визначається в межах 21–71 %. Ці факти свідчать про важливість і доцільність ранньої антимікробної терапії [24].

Як призначається антибіотикотерапія в пацієнтів із гострим холангітом? Антимікробні засоби слід призначати всім пацієнтам із діагнозом «гострий холангіт» (рівень доказовості IA). Антибіотикотерапію слід починати, як тільки поставлений попередній або заключний діагноз. У пацієнтів із гострим холангітом середнього або важкого ступеня мінімальна тривалість антибіотикотерапії становить 5–7 діб. Тривалість терапії залежить від наявності бактеріємії та клінічної реакції пацієнта на терапію, що проводиться. Остання оцінюється за температурою, кількістю лейкоцитів і рівнем С-реактивного протеїну (рівень доказовості IA). У пацієнтів, які мають гострий холангіт легкого ступеня тяжкості, тривалість антибіотикотерапії може бути зменшена до 2–3 діб (рівень доказовості IA) [24].

Як призначається антибіотикотерапія у пацієнтів із гострим холециститом? Антимікробні засоби слід призначати всім пацієнтам із діагнозом «гострий холецистит», за винятком легкого ступеня тяжкості (рівень

доказовості IA). Пацієнти з легким перебігом гострого холецистититу можуть приймати антимікробні засоби перорально або лікуватись без них. Ці пацієнти потребують застосування нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), як зазначено нижче. Якщо виконується рання холецистектомія, антибіотики можуть застосовуватись профілактично (джерело інфекції видаляється) [25].

Фактори, що повинні бути враховані при виборі антимікробного препарату: активність антибіотику щодо збудника; ступінь тяжкості холангіту; наявність/відсутність супутньої патології нирок і печінки (доза антибіотику повинна коригуватися з урахуванням ренальної дисфункції, рівень доказовості IA); історія призначень антибіотиків у даного пацієнта в минулому; чутливість збудника до антибіотиків (за даними антибіотикограми); антибіотик повинен мати здатність концентруватися в жовчі (рівень доказовості IA) [24, 25].

Рекомендації щодо застосування антимікробних засобів у пацієнтів із гострим холангітом/холециститом на сьогодні: антимікробний препарат необхідно вибирати з урахуванням ступеня тяжкості (рівень доказовості IA); емпіричну антибіотикотерапію слід якомога раніше замінити на направлену (з урахуванням виду збудника і його чутливості до антибіотиків, рівень доказовості IA) [24, 25]. Вибір антимікробного засобу відповідно до ступеня тяжкості слід починати з цефалоспоринов 1-го та 2-го поколінь — при легких формах (профілактично) і закінчувати фторхінолонами та карбапенемами у хворих із тяжким перебігом захворювання (табл. 1).

Призначення НПЗЗ пацієнтам, які переносять напади біліарної кольки, є ефективним методом у запобіганні розвитку гострого холецистититу (рівень доказовості IA) [25]. Рандомізовані контрольовані дослідження щодо призначення НПЗЗ (75 мг диклофенаку, введеного внутрішньом'язово) у пацієнтів, які страждають від нападів біліарної кольки, виявили зменшення больового синдрому та зниження прогресу

Таблиця 1. Антибактеріальні засоби, що слід призначати при середньому та важкому ступенях тяжкості гострого холангіту та холецистититу (Tokyo Guidelines, 2007)

Антибіотики 1-го ряду	
Пеніцилін/інгібітор β-лактамази як монотерапія	Ампіцилін/сульбактам або піперацилін/тазобактам
Цефалоспорино 3-го та 4-го поколінь	Цефоперазон/сульбактам, або цефтріаксон, або цефтазидим, або цефепім, або цефозопран
Монобактами	Азтреонам
Один із вищеназваних + метронідазол (якщо є вірогідність анаеробної мікрофлори)	
Антибіотики 2-го ряду	
Фторхінолони	Ципрофлоксацин або левофлоксацин
Карбапенемами (при загрозі життю)	Меропенем, або іміпенем/цил., або дорипенем
Один із вищеназваних + метронідазол (якщо є вірогідність анаеробної мікрофлори)	

Примітка: не зрозуміло, чи завжди при проведенні емпіричної антибіотикотерапії необхідно охоплювати псевдомонади й анаероби. Використання цефтріаксону пов'язано з формуванням біліарного сладжу цього лікарського засобу (визначався при УЗД в 50 % випадків, супроводжувався симптомами в 9 %). Клінічна значущість сладжу поки не зрозуміла, але у зв'язку з його наявністю виконували хірургічне втручання.

сування хвороби до гострого холециститу (рівень доказовості ІБ) [29].

Як слід призначати антибіотики у пацієнтів із гострим холангітом, асоційованим із біліарною обструкцією? Наявність обструкції жовчовивідних шляхів значною мірою впливає на здатність антибіотика концентруватися в жовчі і, як наслідок, на здатність здійснювати антибактеріальну дію. Отже, пацієнтам із гострим холангітом, особливо з тяжким перебігом, слід у найкоротші терміни провести біліарне дренивання та призначити відповідну антибактеріальну терапію [24].

Техніки біліарного дренивання. ЕРХПГ являє собою комбінацію ендоскопії (для виявлення та канюляції ампули фатерова сосочка) і рентгенологічного дослідження, після введення контрастної речовини в жовчну і панкреатичну протоки. ЕРХПГ — високоточний і ефективний метод, що дозволяє очистити холедох від усіх наявних каменів приблизно у 75 % пацієнтів упродовж однієї процедури і у 90 % пацієнтів після повторної процедури [5, 12–14]. Найбільш поширені причини неможливості екстрагувати камені під час ЕРХПГ: камені великого розміру, внутрішньопечінкові, множинні, вколочені камені, анатомічні особливості [5].

З метою забезпечення дренажного шляху (для ендоскопічного назобіліарного дренивання або постановки стента) важливу роль відіграє правильно обрана тактика катетеризації жовчних проток. У випадках, коли глибока катетеризація жовчних проток становить труднощі, слід використовувати інший вид катетера, провідник або попередню сфінктеротомію (при необхідності). Якщо катетеризація жовчних проток не уявляється можливою, слід використовувати іншу техніку дренивання, наприклад, черезпечінкове дренивання жовчовивідних проток [30].

Існують рекомендації використовувати ЕРХПГ тільки в тих випадках, коли клініцист упевнений у необхідності цієї методики. У пацієнтів із підозрою на холедохолітіаз не рекомендовано використовувати ЕРХПГ як єдиний діагностичний тест (рівень доказовості ІБ) [5]. Початкова оцінка пацієнта повинна базуватися на клінічній картині, результатах показників функції печінки і даних УЗД. Тільки пацієнтам із високою ймовірністю холелітіазу показано виконання ЕРХПГ. У сумнівних випадках і пацієнтам із низьким ризиком холедохолітіазу показане виконання МРТ та ендоскопічного УЗД [5].

Ускладнення, що виникають у хворих у строки до 7 діб після ЕРХПГ: панкреатит із частотою 1,3–6,7 %, гастроінтестинальні кровотечі — 0,7–2 %, холангіт — 0,5–5 %, перфорація ДПК — 0,3–1 %, змішані — 0,5–2,3 % [5].

Профілактика реактивного панкреатиту після ЕРХПГ. Реактивний панкреатит (РП) — найбільш часте ускладнення після ЕРХПГ. Середньостатистичний показник постманіпуляційного панкреатиту становить від 2,0 до 9,0 %. Вивчення частоти і факторів ризику такого ускладнення стало метою низки спеціальних досліджень. М. Фреетан та співавт. провели багатоцентрове проспективне дослідження в США, до

якого увійшли 1963 хворих, яким виконали ЕРХПГ. У 131 хворого (6,7 %) був виявлений РП: помірно виражений — у 70 хворих, середньої тяжкості — у 55 і тяжкий — у 6. Це ускладнення частіше спостерігали в жінок — відносний ризик (ВР) = 2,5. Серед інших факторів ризику найбільш значущими виявилися: хронічний панкреатит (ВР = 5,4), особливості ендоскопічної маніпуляції — проведення ендоскопічної балонної дилатації (ВР = 4,5), складна канюляція великого дуоденального сосочка (ВР = 3,4), папілосфінктеротомія (ВР = 3,1) і введення контрастної речовини до вірсунгової протоки (ВР = 2,7) [31, 32].

Фактори, що збільшують ризик розвитку РП, можна розподілити на кілька груп: 1. Фактори пацієнтів: молодий вік, жіноча стать, нормальний рівень сироваткового білірубину. 2. Фактори процедури: складна канюляція, балонна дилатація сфінктера жовчної протоки, часткове введення контрасту в панкреатичну протоку під час маніпуляції. 3. Фактори оператора: недостатня кваліфікація, брак досвіду та ін. [33].

Враховуючи дані сучасної літератури, можна зробити висновки про ефективність двох методів боротьби з РП після ЕРХПГ. Перший — ендоскопічна постановка стента в панкреатичну протоку під час ЕРХПГ, другий — ректальне введення НПЗЗ безпосередньо перед або відразу після ЕРХПГ. І якщо перший метод уже тривало використовується в повсякденній практиці, то методика введення НПЗЗ ще не отримала значного поширення, хоча є безліч даних про її ефективність для використання принаймні в пацієнтів із високим ризиком розвитку панкреатиту. Перші клінічні випробування ефективності застосування НПЗЗ для профілактики РП після ЕРХПГ були проведені британськими вченими у 2003 році [34]. Ці дослідження показали розвиток панкреатиту в 6,4 % випадків з використанням НПЗЗ проти 15,5 % у групі плацебо. Надалі дві незалежні іранські дослідницькі групи довели ефективність цього методу в профілактиці панкреатиту після ЕРХПГ [35, 36]. Мексиканські вчені підтвердили ці результати [37]. Було проведено два найширших метааналізи, що також підтверджували ці дані. Перший — метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень застосування НПЗЗ ректальним шляхом введення для профілактики панкреатиту після ЕРХПГ, до якого увійшли чотири дослідження із загальною кількістю 912 пацієнтів. У двох із них використовували індометацин (100 мг), в інших двох — диклофенак (100 мг). Результат: застосування НПЗЗ дозволяє зменшити частоту панкреатиту та знизити ступінь його тяжкості після ЕРХПГ [38]. Другий метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень включав шість досліджень (1300 пацієнтів): 271 хворому призначали диклофенак, 381 — індометацин, 648 хворих становили контрольну групу. Результат: застосування НПЗЗ дозволяє зменшити частоту РП [39].

Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) є процедурою, що широко використовується не тільки для лікування холедохолітіазу, але і при обструкціях жовчних

проток пухлинного генезу. Найбільш поширеним є канюляційний спосіб, коли папілотом вільно вводиться в гирло БСДК, з наступним високочастотним електричним розсіченням покрівлі дуоденального сосочка струмами низької потужності. Для постановки дренажу досить мінімального розрізу. Найбільш частими ускладненнями такої процедури є розвиток гострого холангіту й гострого панкреатиту [30].

Техніка передрозтину. Передрозтин — це розріз сосочка з метою полегшити катетеризацію у випадках, коли канюляційний спосіб не вдається. Метод широко використовується при стенозах гирла БСДК, обструкціях його великими ворсинами й аденомами, як самостійний метод лікування й у вигляді першого етапу змішаного способу ЕПСТ при невдалих канюляціях ампули. Цей метод може виконуватися тільки висококваліфікованими ендоскопістами, що пройшли спеціальну підготовку у зв'язку з великою ймовірністю виникнення тяжких ускладнень. Частота ускладнень, за даними різних досліджень, коливається від 5 до 30 % [40–42].

Застосування ЕПСТ значною мірою може скоротити термін перебування хворого в стаціонарі, оскільки в один етап можливо виконати дві процедури: видалення каменів і дренажу жовчовивідних проток [30].

Ендоскопічне назобілярне дренажування, стентування. При невдалих спробах ендоскопічної екстракції каменів для профілактики розвитку ускладнень, зумовлених міграцією конкрементів і недостатнім відновленням пасажу жовчі, застосовують назобілярне дренажування або ендопротезування. Сутність цих ендоскопічних методів полягає у проведенні назобілярного дренажу або ендопротеза по дротовому провіднику через БСДК вище рівня перешкоди, з метою усунення біліарної гіпертензії. Дані методи не мають самостійного значення в лікуванні холедохолітіазу і застосовуються як тимчасовий захід при невдалих спробах видалення каменів, особливо в пацієнтів із високим хірургічним ризиком [30].

Черезшкірну черезпечінкову холангіостомію (ЧЧХС) з причин великої кількості можливих ускладнень слід проводити тільки тим пацієнтам, у яких неможливо виконати ендоскопічне дренажування [30]. Ускладнення ЧЧХС: сепсис — 2,5 %, кровотеча — 2,5 %, локальне запалення/інфекція (абсцес, перитоніт, холецистит, панкреатит) — 1,2 %, плевральний випіт — 0,5 %, смерть — 1,7 % [43].

Балонна дилатація сосочка БСДК може розглядатися як метод, альтернативний ЕПСТ, у деяких пацієнтів, які, наприклад, мають цироз печінки, коагулопатію, збільшений ризик кровотеч після папілосфінктеротомії. Проте в декількох дослідженнях [42, 44–46], підтверджених метааналізами [47, 48], було доведено, що порівняно з ЕПСТ значно підвищений ризик розвитку панкреатиту. З цієї причини в більшості пацієнтів слід віддавати перевагу іншим методам (рівень доказовості ІА) [5]. Метод балонної дилатації має такі переваги порівняно з ЕПСТ: значно менший ризик виникнення кровотечі, значно менше

порушується функція сфінктера Одді, процедура технічно простіша, особливо в пацієнтів з анатомічними особливостями.

Лапароскопічна холецистектомія з ендоскопічною екстракцією конкрементів або з лапароскопічною ревізією холедоха. У рандомізованих контрольованих дослідженнях виявлено, що немає суттєвої різниці між цими двома техніками. Одноетапна лапароскопічна ревізія холедоха має перевагу в значно менших термінах перебування хворого в стаціонарі [49, 50]. Але ця техніка потребує достатнього досвіду та кваліфікації; вірогідність видалити всі конкременти з холедоха досягає 97 % [51].

Техніки відкритого дренажування. Перевагу слід віддавати таким міні-інвазивним методам, як ЕПСТ і ЧЧХС. Тим не менше техніка відкритого дренажування може бути використана в пацієнтів, які мають анатомічні та структурні особливості, а також коагулопатію. Пацієнтам, у яких не вдається видалити всі конкременти з протоку, показано хірургічне втручання (рівень доказовості ІІВ) [5]. Пацієнтам із гострим холангітом, у яких немає відповіді на антибіотикотерапію або захворювання перебігає з ознаками септичного шоку, показана ургентна відкрита біліарна декомпресія.

Холецистектомія. Камені в холедоку найчастіше виникають за рахунок міграції з жовчного міхура [5]. За різними даними, частота розвитку гострого холециститу в пацієнтів після видалення каменів із холедоха становить від 7,6 до 22 % [52–54]. Натомість у декількох рандомізованих контрольованих дослідженнях встановлено, що в 15–37 % пацієнтів після видалення конкрементів із загальної жовчної протоки без виконання надалі холецистектомії, розвиваються симптоми, що все одно змушують її виконувати в період від 17 місяців до 5 років. Холецистектомія показана всім пацієнтам із жовчнокам'яною хворобою при відсутності протипоказань (рівень доказовості ІІВ) [5]. Пацієнтам, у яких виконується лапароскопічна холецистектомія і є підозра на холедохолітіаз, необхідно виконати лапароскопічну ревізію холедоха або ЕРХПГ під час операції. Ефективність, післяопераційні ускладнення і смертність не відрізняються при порівнянні цих методів, хоча термін перебування в стаціонарі після лапароскопічної ревізії холедоха значно коротший (рівень доказовості ІВ) [5, 50]. Пацієнтам з метою попередження біліарної кольки, холециститу, панкреатиту або рецидивного холедохолітіазу показана холецистектомія після завершення гострого періоду. Алгоритм надання допомоги хворим на холедохолітіаз наведений на рис. 1 [5].

Тактика при складних формах холедохолітіазу. Екстракція каменів з жовчних проток за допомогою ЕРХПГ або лапароскопії може виявитися важким завданням із різних причин. Серед них розмір, форма і кількість конкрементів. Як альтернатива відкритим методам, які відіграють важливу роль у веденні таких пацієнтів, можуть бути також використані такі техніки.

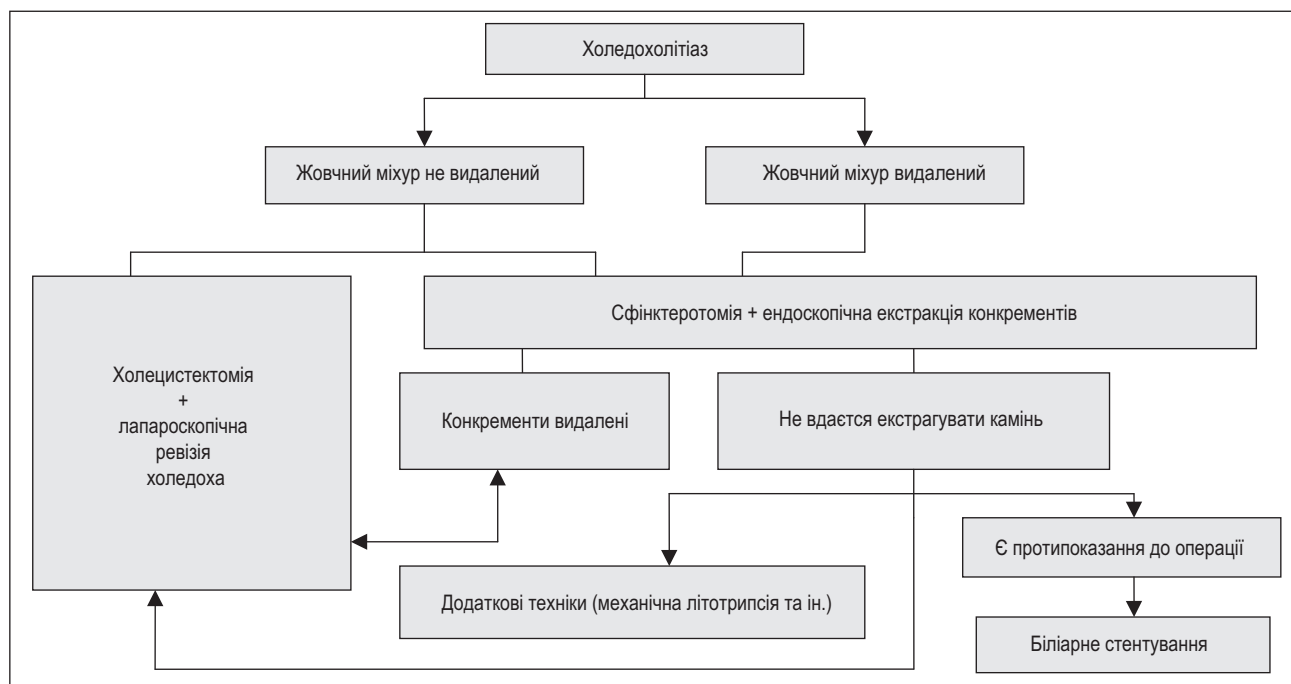


Рисунок 1. Алгоритм надання допомоги хворим на холедохолітіаз

Механічна біліарна літотрипсія — сучасна техніка, яка найбільш часто використовується для фрагментування конкрементів. Кошики для літотрипсії мають велику подрібнюючу силу і довели свою ефективність у видаленні великих каменів (понад 2 см) у 80 % випадків, без серйозних ускладнень [55–57]. Показання: поодинокі камені розміром понад 10 мм, камені до 10 мм при вузькому термінальному відділі холедоха, множинні та лігатурні камені. Протипоказання: щільні, нерухомі камені. За даними мультицентрового дослідження, частота ускладнень після такої процедури не перевищує 3,6 % [58].

Електрогідралічна літотрипсія (ЕГЛТ) — метод фрагментації каменів з використанням високоенергетичних розрядів, що виникають на верхівці електрода. Постійний рентген-контроль або холангіоскопічний контроль (метод вибору) є обов'язковою умовою цієї процедури. Частота ускладнень сягає від 7 до 9 % [59, 60]. Серед них найчастішими є гемобілія, холангіт і перфорація холедоха. Агуа та співавт. встановили, що частота фрагментації каменів за допомогою метода ЕГЛТ сягає 97 %, а їх повне видалення можливе в 90 % випадків [60].

Екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія — метод, заснований на використанні електрогідралічної або електромагнітної енергії, що за допомогою рефлектора фокусується на камені. Залежно від складу й величини каменя, змінюється кількість хвиль, які випромінюються. Множинні ударні хвилі, сфокусовані на камені, руйнують його на дрібні фрагменти, які надалі виходять із протоки в кишечник. Протипоказання до проведення літотрипсії: відключений жовчний міхур, конкременти більше ніж 1,5 см, рентген-контрастні конкременти, часті жовчні кольки в анамнезі, ознаки механічної жовтяниці, порушення

функції жовчного міхура, нирок, ожиріння III–IV ступеня, синдром мальабсорбції, ускладнений гострий холецистит, ускладнений гострий панкреатит, вагітність. Враховуючи вузькі межі, цей метод рідко використовується в лікуванні жовчнокам'яної хвороби, хоча може бути доцільним, якщо не вдалося досягти результату при використанні міні-інвазивних методів, а від операції пацієнт відмовляється [5].

Лазерна літотрипсія — метод, при якому під візуальним контролем, через холедохоскоп до конкрементів підводиться лазерний світловід і виконується контактна літотрипсія, результатом якої є фрагментація конкремента. Дрібні фрагменти конкремента виходять через протоку в просвіт кишечника. Виконання цієї процедури потребує попередньої ЕПСТ. Ефективність методу, за даними різних досліджень, коливається в межах 64–94 % [61, 62]. У більшості пацієнтів очистити холедох від конкрементів вдається за один сеанс.

Висновок

Таким чином, використання сучасних інструментальних методів діагностики та лікування сприяє встановленню в найкоротші строки причин порушень прохідності жовчних шляхів. Застосування двохетапного методу хірургічного лікування холецистохоледохолітіазу дозволяє значною мірою знизити кількість післяопераційних ускладнень, показники летальності, зменшити термін перебування хворих у стаціонарі. Остаточний вибір методу лікування залежить від оснащення клінік та кваліфікації лікарів. Сучасна тактика діагностики та лікування гострих ускладнень жовчнокам'яної хвороби на тлі механічної жовтяниці повинна бути суто індивідуальною та ґрунтуватись на широкому використанні різних міні-інвазивних технологій.

Список літератури

- Freitas M.L. Cholelithiasis: Evolving standards for diagnosis and management / M.L. Freitas, R.L. Bell, A.J. Duffy // *World J. Gastroenterol.* — 2006. — V. 12, № 20. — P. 3162-3167.
- Abboud P.A. Predictors of common bile duct stones prior to cholecystectomy: a metaanalysis / P.A. Abboud, P.F. Malet, J.A. Berlin [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 1996. — № 44. — P. 450-457.
- Barkun A.N. Useful predictors of bile duct stones in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy / A.N. Barkun, J.S. Barkun, G.M. Fried [et al.] // *Ann. Surg.* — 1994. — № 220. — P. 392-398.
- Cohen M.E. Prediction of bile duct stones and complications in gallstone pancreatitis using early laboratory trends / M.E. Cohen, L. Slezak, C.K. Wells [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2001. — № 96. — P. 3305-3311.
- Williams E.J. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS) / E.J. Williams, J. Green, I. Beckingham [et al.] // *Gut.* — 2008. — № 57. — P. 1004-1021.
- Onken J.E. Predicting the presence of cholelithiasis in patients with symptomatic cholelithiasis / J.E. Onken, S.R. Brazer, G.M. Eisen [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 1996. — № 91. — P. 762-767.
- Trondsen E. Prediction of common bile duct stones prior to cholecystectomy: a prospective validation of a discriminant analysis function / E. Trondsen, B. Edwin, O. Reiertsen [et al.] // *Arch. Surg.* — 1998. — № 133. — P. 162-166.
- Thornton J.R. Value of ultrasound and liver function tests in determining the need for endoscopic retrograde cholangiopancreatography in unexplained abdominal pain / J.R. Thornton, A.J. Lobo, D.J. Lintott [et al.] // *Gut.* — 1992. — № 33. — P. 1559-1561.
- Thornton J.R. Value of ultrasound and liver function tests in determining the need for endoscopic retrograde cholangiopancreatography in unexplained abdominal pain / J.R. Thornton, A.J. Lobo, D.J. Lintott [et al.] // *Gut.* — 1992. — № 33. — P. 1559-1561.
- Carlson G.L. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the investigation of pain after cholecystectomy / G.L. Carlson, M. Rhodes, S. Stock [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1992. — № 79. — P. 1342-1345.
- Chen Y.K. Utility of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the evaluation of idiopathic abdominal pain / Y.K. Chen, T.L. McCarter, M.J. Santoro [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 1993. — № 88. — P. 1355-1358.
- Petelin J.B. *Current surgical therapy* / J.B. Petelin, C.S. Pruett. — [8th edition]. — Philadelphia: Elsevier Mosby, 2004. — 1343 p.
- Suc B. Surgery vs endoscopy as primary treatment in symptomatic patients with suspected common bile duct stones: a multicenter randomized trial / B. Suc, J. Escat, D. Cherqui [et al.] // *Arch. Surg.* — 1998. — № 133. — P. 702-708.
- Hammarstrom L.E. Endoscopic sphincterotomy for bile duct calculi-factors influencing the success rate / L.E. Hammarstrom, H. Stridbeck, I. Ihse // *Hepatogastroenterology.* — 1996. — № 43. — P. 127-33.
- Soto J.A. Diagnosing bile duct stones: comparison of unenhanced helical CT, oral contrast-enhanced CT cholangiography, and MRcholangiography / J.A. Soto, O. Alvarez, F. Munera [et al.] // *Am. J. Roentgenol.* — 2000. — № 175. — P. 1127-1134.
- Ishikawa M. Can three-dimensional helical CT cholangiography before laparoscopic cholecystectomy be a substitute study for endoscopic retrograde cholangiography? / M. Ishikawa, Y. Tagami, T. Toyota [et al.] // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2000. — № 10. — P. 351-356.
- Polkowski M. Helical computed tomographic cholangiography versus endosonography for suspected bile duct stones: a prospective blinded study in nonjaundiced patients / M. Polkowski, J. Palucki, J. Regula [et al.] // *Gut.* — 1999. — № 45. — P. 744-749.
- Demartines N. Evaluation of magnetic resonance cholangiography in the management of bile duct stones / N. Demartines, L. Eisner, K. Schnabel [et al.] // *Arch. Surg.* — 2000. — № 135. — P. 148-152.
- Varghese J.C. A prospective comparison of magnetic resonance cholangiopancreatography with endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the evaluation of patients with suspected biliary tract disease / J.C. Varghese, M.A. Farrell, G. Courtney G [et al.] // *Clin. Radiol.* — 1999. — № 54. — P. 513-520.
- Mercer S. Selective MRCP in the management of suspected common bile duct stones / S. Mercer, S. Singh, I. Paterson // *H.P.B.* — 2007. — № 9. — P. 125-130.
- Metcalfe M.S. Is laparoscopic intraoperative cholangiogram a matter of routine? / M.S. Metcalfe, T. Ong, M.H. Bruening [et al.] // *Am. J. Surg.* — 2004. — № 187. — P. 475-481.
- Yokoe M. Strasberg New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis in revised Tokyo guidelines / M. Yokoe, T. Takada, S.M. Strasberg [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat Sci.* — 2012. — V. 19, № 5. — P. 578-585.
- Kiryama S. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised Tokyo guidelines / S. Kiriyama, T. Takada, S.M. Strasberg [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat Sci.* — 2012. — V. 19, № 5. — P. 548-556.
- Tanaka A. Antimicrobial therapy for acute cholangitis: Tokyo Guidelines / A. Tanaka, T. Takada, Y. Kawarada [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* — 2007. — № 14. — P. 59-67.
- Tanaka A. Antimicrobial therapy for acute cholecystitis: Tokyo Guidelines / A. Tanaka, T. Takada, Y. Kawarada [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* — 2007. — № 14. — P. 83-90.
- Chang W. Bacteriology and antimicrobial susceptibility in biliary tract disease: an audit of 10-year's experience / W. Chang, K. Lee, S. Wang [et al.] // *Kaohsiung J. Med. Sci.* — 2002. — № 18. — P. 221-228.
- Csendes A. Simultaneous bacteriologic assessment of bile from gallbladder and common bile duct in control subjects and patients with gallstones and common duct stones / A. Csendes, P. Burdiles, F. Maluenda [et al.] // *Arch. Surg.* — 1996. — № 131. — P. 389-394.
- Csendes A. Bacteriological studies of bile from the gallbladder in patients with carcinoma of the gallbladder, cholelithiasis, common bile duct stones and no gallstones disease / A. Csendes, M. Becerra, P. Burdiles [et al.] // *Eur. J. Surg.* — 1994. — № 160. — P. 363-367.

29. Akriviadis E. Treatment of biliary colic with diclofenac: a randomized, double-blind, placebo-controlled study / E. Akriviadis, M. Hatzigavriel, D. Kapnias [et al.] // *Gastroenterology*. — 1997. — V. 113, № 1. — P. 225-231.
30. Tanaka A. Techniques of biliary drainage for acute cholangitis: Tokyo Guidelines / A. Tanaka, T. Takada, Y. Kawarada [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* — 2007. — № 14. — P. 35-45.
31. Freeman M.L. Prevention of post-ERCP pancreatitis: a comprehensive review / M.L. Freeman, N.M. Guda // *Gastrointest. Endosc.* — 2004. — V. 59, № 7. — P. 845-864.
32. Masci E. Risk factors for pancreatitis following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a meta-analysis / E. Masci, A. Mariani, S. Curioni [et al.] // *Endoscopy* — 2003. — № 35. — P. 830-834.
33. Parsi M.A. NSAIDs for prevention of pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: Ready for prime time? / M.A. Parsi // *World J. Gastroenterol.* — 2012 — V. 18, № 30. — P. 3936-3937.
34. Murray B. Diclofenac reduces the incidence of acute pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography / B. Murray, R. Carter, C. Imrie [et al.] // *Gastroenterology*. — 2003. — № 124. — P. 1786-1791.
35. Khoshbaten M. Role of diclofenac in reducing post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis / M. Khoshbaten, H. Khorram, L. Madad [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2008. — № 23. — P. 11-16.
36. Sotoudehmanesh R. Indomethacin may reduce the incidence and severity of acute pancreatitis after ERCP / R. Sotoudehmanesh, M. Khatibian, S. Kolahdoozan [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2007. — № 102. — P. 978-983.
37. Montaco-Loza A. Effect of the administration of rectal indomethacin on amylase serum levels after endoscopic retrograde cholangiopancreatography, and its impact on the development of secondary pancreatitis episodes / A. Montaco-Loza, X. Rodriguez-Lomeli, J.E. Garcia Correa [et al.] // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* — 2007. — V. 99, № 6. — P. 330-336.
38. Elmunzer B.J. A meta-analysis of rectal NSAIDs in the prevention of post-ERCP pancreatitis / B.J. Elmunzer, A.K. Waljee, G.H. Elta [et al.] // *Gut*. — 2008. — № 57. — P. 1262-1267.
39. Dai H.F. Role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the prevention of post-ERCP pancreatitis: a meta-analysis / H.F. Dai, X.W. Wang, K. Zhao // *Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int.* — 2009. — № 8. — P. 11-16.
40. Freeman M.L. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy / M.L. Freeman, D.B. Nelson, S. Sherman [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 1996. — № 335. — P. 909-918.
41. Masci E. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study / E. Masci, G. Toti, A. Mariani [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2001. — № 96. — P. 417-423.
42. Freeman M.L. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective, multicenter study / M.L. Freeman, J.A. DiSario, D.B. Nelson [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 2001. — № 54. — P. 425-434.
43. Burke D.R. Quality improvement guidelines for percutaneous transhepatic cholangiography and biliary drainage / D.R. Burke, C.A. Lewis, J.F. Cardella [et al.] // *J. Vasc. Interv. Radiol.* — 2003. — № 14. — P. 243-246.
44. Arnold J.C. Endoscopic papillary balloon dilation vs. sphincterotomy for removal of common bile duct stones: a prospective randomized pilot study / J.C. Arnold, C. Benz, W.R. Martin [et al.] // *Endoscopy*. — 2001. — № 33. — P. 563-567.
45. DiSario J.A. Endoscopic balloon dilation compared with sphincterotomy for extraction of bile duct stones / J.A. DiSario, M.L. Freeman, D.J. Bjorkman [et al.] // *Gastroenterology*. — 2004. — № 127. — P. 1291-1299.
46. Fujita N. Endoscopic sphincterotomy and endoscopic papillary balloon dilation for bile duct stones: A prospective randomized controlled multicenter trial / N. Fujita, H. Maguchi, Y. Komatsu [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 2003. — № 57. — P. 151-155.
47. Baron T.H. Endoscopic balloon dilation of the biliary sphincter compared to endoscopic biliary sphincterotomy for removal of common bile duct stones during ERCP: a metaanalysis of randomized, controlled trials / T.H. Baron, G.C. Harewood // *Am. J. Gastroenterol.* — 2004. — № 99. — P. 1455-1460.
48. Weinberg B.M. Endoscopic balloon sphincter dilation (sphincteroplasty) versus sphincterotomy for common bile duct stones / B.M. Weinberg, W. Shindy, S. Lo // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2006. — № 4. — 53 p.
49. Rhodes M. Randomised trial of laparoscopic exploration of common bile duct versus postoperative endoscopic retrograde cholangiography for common bile duct stones / M. Rhodes, L. Sussman, L. Cohen [et al.] // *Lancet*. — 1998. — № 351. — P. 159-161.
50. Martin D.J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones / D.J. Martin, D.R. Vernon, J. Toouli // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2006. — № 2. — 59 p.
51. Ricciardi R. Effectiveness and long-term results of laparoscopic common bile duct exploration / R. Ricciardi, S. Islam, J.J. Canete [et al.] // *Surg. Endosc.* — 2003. — № 17. — P. 19-22.
52. Costamagna G. Long-term follow-up of patients after endoscopic sphincterotomy for choledocholithiasis, and risk factors for recurrence / G. Costamagna, A. Tringali, S.K. Shah [et al.] // *Endoscopy*. — 2002. — № 34. — P. 273-279.
53. Ando T. Risk factors for recurrent bile duct stones after endoscopic papillotomy / T. Ando, T. Tsuyuguchi, M. Saito [et al.] // *Gut*. — 2003. — № 52. — P. 116-121.
54. Sugiyama M. Risk factors predictive of late complications after endoscopic sphincterotomy for bile duct stones: long-term (more than 10 years) follow-up study / M. Sugiyama, M. Atomi // *Am. J. Gastroenterol.* — 2002. — № 97. — P. 2763-2767.
55. Chung S.C. Mechanical lithotripsy of large common bile duct stones using a basket / S.C. Chung, J.W. Leung, H.T. Leong [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1991. — № 78. — P. 1448-1450.
56. Cipolletta L. Endoscopic mechanical lithotripsy of difficult common bile duct stones / L. Cipolletta, G. Costamagna, M.A. Bianco [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1997. — № 84. — P. 1407-1409.

57. Schneider M.U. Mechanical lithotripsy of bile duct stones in 209 patients—effect of technical advances / M.U. Schneider, W. Matek, R. Bauer [et al.] // *Endoscopy*. — 1988. — № 20. — P. 248-253.
58. Thomas M. Mechanical lithotripsy of pancreatic and biliary stones: complications and available treatment options collected from expert centers / M. Thomas, D.A. Howell, D. Carr-Locke [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2007. — № 102. — P. 1896-1902.
59. Blind P.J. Management of bile duct stones: lithotripsy by laser, electrohydraulic, and ultrasonic techniques. Report of a series and clinical review / P.J. Blind, M. Lundmark // *Eur. J. Surg.* — 1998. — № 164. — P. 403-409.
60. Arya N. Electrohydraulic lithotripsy in 111 patients: a safe and effective therapy for difficult bile duct stones / N. Arya, S.E. Nelles, G.B. Haber [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2004. — № 99. — P. 2330-2334.
61. McHenry L. Difficult bile duct stones / L. McHenry, G. Lehman // *Curr. Treat. Options Gastroenterol.* — 2006. — № 9. — P. 123-132.
62. Hochberger J. Laser lithotripsy of difficult bile duct stones: results in 60 patients using a rhodamine 6G dye laser with optical stone tissue detection system / J. Hochberger, J. Bayer, A. May [et al.] // *Gut*. — 1998. — № 43. — P. 823-829.

Отримано 12.12.13 □

Десятерик В.И., Котов А.В., Шевченко Е.С.
 ГУ «Днепропетровская медицинская академия
 МЗ Украины», факультет последиplomного образования,
 г. Кривой Рог, Украина

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Резюме. Среди острых хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных протоков наиболее тяжелыми считаются те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью желчных протоков с развитием прогрессирующей механической желтухи. Невзирая на непрерывное изучение этой сложной хирургической проблемы, продолжают оставаться актуальными вопросы определения этиологии непроходимости желчных путей, дифференциальной диагностики желтух, выбора рациональной периоперационной медикаментозной терапии и хирургической тактики, объема хирургических вмешательств, учитывая их вынужденную этапность и разнообразие мини-инвазивных технологий, которые используются на современном этапе лечения данной патологии. Проведенный обзор литературы отображает современное состояние науки в решении очерченных вопросов.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения, острый холецистит, механическая желтуха, диагностика, лечение.

Desyaterik V.I., Kotov O.V., Shevchenko Ye.S.
 State Institution «Dnipropetrovsk Medical Academy
 of Ministry of Healthcare of Ukraine»,
 Faculty of Postgraduate Education, Kryvyi Rig, Ukraine

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE COMPLICATIONS OF CHOLELITHIASIS FOLLOWING OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Summary. Among the acute surgical diseases of the liver and extrahepatic bile ducts most severe are those that are accompanied by persistent obstruction of the bile ducts with the development of progressive obstructive jaundice. Despite the continuous study of this complex surgical problem there remain topical the questions of determining biliary tract obstruction etiology, the differential diagnosis of jaundice, a choice of rational perioperative drug therapy and surgical technique, the volume of surgical interventions, taking into account their forced phasing and diversity of minimally invasive technologies that are used to the present stage of the treatment of this pathology. A review of the literature shows the current state of science in solving the questions outlined below.

Key words: cholelithiasis, complications, acute cholecystitis, obstructive jaundice, diagnosis, treatment.