



МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА



4'2020



Хірургічна тактика та лікування хворих
на рак шлунку



Санація черевної порожнини
при поширеному перитоніті



Симультанні лапароскопічні холецистектомії



Характер післяопераційних ускладнень
після холецистектомії



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 4 (103) 2020

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983ПР
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою

ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 07 від 12.10.2020 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарьова
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 20.10.2020 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 7,905.
Тираж 300 прим.

Адреса редакції:

61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане
у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмноження в будь-який
спосіб матеріалів, опублікованих
у журналі, допускається лише
з дозволу редакції

Відповідальність за зміст
рекламних матеріалів
несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2020

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко, д. мед. н., професор

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан, д. мед. н., професор

Відповідальний секретар

С. О. Береснев, д. мед. н., голов. наук. співр.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бездітко П. А., д. мед. н., професор

Велигоцький М. М., д. мед. н., професор

Голобородько М. К., д. мед. н., професор

Давиденко В. Б., д. мед. н., професор

Даценко Б. М., д. мед. н., професор

Дуденко В. Г., д. мед. н., професор

Євтушенко Д. О., д. мед. н., професор

Іванова Ю. В., д. мед. н., професор

Караченцев Ю. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Клімова О. М., д. мед. н., професор

Лісовий В. М., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Лупальцов В. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Макаров В. В., д. мед. н., професор,

Малоштан О. В., д. мед. н., ст. наук. співр.

Панченко М. В., д. мед. н., професор

Пасечнікова Н. В., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Пеев Б. І., д. мед. н., професор

Польовий В. П., д. мед. н., професор

Прасол В. О., д. мед. н., професор

Сипітій В. І., д. мед. н., професор

Сиплиний В. О., д. мед. н., професор

Стариков В. І., д. мед. н., професор

Сушков С. В., д. мед. н., професор

Флоріян А. К., д. мед. н., професор

Тищенко О. М., д. мед. н., професор

Хворостов Є. Д., д. мед. н., професор

Шевченко С. І., д. мед. н., професор

Аксендиус Калангос, M.D., PhD

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Андреев С. А., к. мед. н., доцент (Київ)

Гринь В. К., д. мед. н., професор (Донецьк – Київ)

Дрюк М. Ф., д. мед. н., професор (Київ)

Зозуля Ю. П., д. мед. н., професор, академік НАМНУ (Київ)

Іоффе І. В., д. мед. н., професор (Луганськ – Рубіжне)

Кондратенко П. Г., д. мед. н., професор (Донецьк – Краматорськ)

Кононенко М. Г., д. мед. н., професор (Суми)

Кришень В. П., д. мед. н., професор (Дніпропетровськ)

Лизіков А. М., д. мед. н., професор (Гомель, Білорусь)

Ричагов Г. П., д. мед. н., професор (Мінськ, Білорусь)

Саєнко В. Ф., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ (Київ)

Сушков С. А., к. мед. н., доцент (Вітебськ, Білорусь)

Тутченко М. І., д. мед. н., професор (Київ)

Шалімов С. О., д. мед. н., професор (Київ)

Шапринський В. О., д. мед. н., професор (Вінниця)

Щастний А. Т., д. мед. н., професор, (Вітебськ, Білорусь)



Зміст

Contents

ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Хірургічна тактика та лікування хворих
на рак шлунку, що ускладнений
гострою шлунковою кровотечею 4
В. В. Бойко, В. О. Лазирський, Н. Н. Фарзуллаєв

Аналіз поліморфізму генів матричної
металопротеїнази-2 (C⁻¹³⁰⁶→T) та тканинного
інгібітора матричної металопротеїнази-2
(G³⁰³→A) у хворих з евертаціями 9
Я. Ю. Войтів, О. Ю. Усенко, В. Є. Досенко

Характер післяопераційних ускладнень після
холецистектомії у хворих на деструктивний
холецистит у старшій віковій групі
із супутньою ішемічною хворобою серця 15
*Р. В. Бондарєв, Л. Ю. Маркулан, В. М. Іванцок,
О. О. Бондарєва, М. М. Левон*

ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Цитокинова регуляція імунної відповіді
у хворих на гострий некротичний панкреатит,
що ускладнений поліорганною недостатністю . . 20
*В. П. Польовий, О. В. Ротар,
А. С. Паляниця, І. Г. Чепега*

Симультанні лапароскопічні холецистектомія
та крурорафія із фундоплікацією за Тупе 25
М. М. Галей, І. Я. Дзубановський, І. П. Марчук

Мініінвазивне черезшкірне УЗД-контрольоване
дренування псевдокіст підшлункової залози,
доповнене лазерною вапоризацією 32
Я. В. Набойченко, Р. С. Шевченко

ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Санация черевной полости
при распространенном перитоните 37
*В. М. Лихман, О. М. Шевченко, А. О. Меркулов,
Д. О. Мирошниченко, С. В. Ткач, Є. О. Білодід,
С. Ю. Бітяк, А. В. Токарев*

Вплив тучних клітин на патогенетичні ланки
механізмів запалення у хворих із гнійними
ранами, що тривало не загоюються 43
*К. А. Гольцев, І. А. Криворучко, А. М. Гольцев,
К. Ю. Пархоменко, В. М. Чеверда*

QUESTIONS OF SURGERY OF GASTROINTESTINAL TRACT

Surgical strategy of treatment
of patients with stomach cancer complicated
with acute gastric bleeding 4
V.V. Boyko, V. A. Lazirskiy, N. N. Farzullayev

Analysis of polymorphism of matrix
metalloproteinase-2 (C⁻¹³⁰⁶ → T) and tissue
inhibitors of metalloproteinase-2 (G³⁰³ → A)
genes in patients with eventration 9
Ya. Voitiv, O. Usenko, V. Dosenko

Nature of post-surgery complications
after cholecystectomy of destructive
cholecystitis in patients of an older
age group with a ischemic heart disease 15
*R. V. Bondariev, L. Yu. Markulan, V. M. Ivantsok,
O. O. Bondarieva, M. M. Levon*

QUESTIONS OF SURGERY OF PANCREATOBILIARY SYSTEM

Cytokine regulation of the immune response
in patients with acute necrotic pancreatitis
complicated by multi-organic failure 20
*V. P. Poliovy, O. V. Rotar,
A. S. Palyanytsia, I. G. Chepega*

Simultaneous laparoscopic cholecystectomy
and cruroraphy with Toupet fundoplication 25
M. Halei, I. Dzubanovsky, I. Marchuk

Mini-invasive percutaneous USP-controlled
draining of pseudocysts of the pancreas,
supplemented with laser vaporization 32
Ya. V. Naboychenko, R. S. Shevchenko

QUESTIONS OF SURGICAL INFECTION

Sanitation of the abdominal cavity
in widespread peritonitis 37
*V. N. Lykhman, A. N. Shevchenko, A. O. Merkulov,
D. A. Myroshnychenko, S. V. Tkach, E. O. Beloded,
S. Yu. Bityak, A. V. Tokarev*

Influence of fat cells on pathogenetic links of
inflammation mechanisms in patients with purific
wounds that do not heal for a long time 43
*K. A. Goltsev, I. A. Krivoruchko, A. M. Goltsev,
K. Yu. Parkhomenko, V. M. Cheverda*



ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Визначення лікувально-діагностичної
тактики при проникаючих вогнепальних
та колото-різаних пораненнях грудей
за допомогою спіральної
комп'ютерної томографії47

*В. В. Бойко, П. М. Замятін, С. О. Береснев,
Д. П. Замятін, Ю. В. Бунін, Л. В. Провар,
В. В. Крицак*

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Исследование влияния тканевых факторов
роста и электромагнитного излучения светового
диапазона на тонкокишечные анастомозы
в условиях эксперимента55

М. Е. Тимченко, Ю. В. Иванова, Е. М. Климова

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Діагностика післятравматичних зсувів
гомеостазу у хворих із торакальною
травмою при політравмі на сучасному етапі
(огляд літератури)61

О. В. Бойко

QUESTIONS OF SURGICAL TREATMENT OF GUNSHOT WOUNDS

Determination of therapeutic
and diagnostic tactics in penetrating
shooting and punch-cutting injuries
of the chest using spiral computer
tomography47

*V. V. Boyko, P. M. Zamyatin, S. O. Beresnev,
D. P. Zamyatin, Yu. V. Bunin, L. V. Provar,
V. V. Kritsak*

EXPERIMENTAL RESEARCHES

Experimental research
of the possibilities
of influence on healing small
intestinal anastomosis.55

M. Tymchenko, Yu. Ivanova, O. Klimova

LITERATURE REVIEW

Diagnostics of post-traumatic homeostasis
shifts in patients with thoracal injury
at polytrauma at the modern stage
(literature review)61

O. V. Boyko



Р. В. Бондарєв,
Л. Ю. Маркулан,
В. М. Іванцок,
О. О. Бондарєва,
М. М. Левон

Національний медичний
університет
ім. О. О. Богомольця, м. Київ

ХАРАКТЕР ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У СТАРШІЙ ВІКОВІЙ ГРУПІ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Резюме. Мета роботи. Провести порівняльний аналіз структури ранніх післяопераційних ускладнень після традиційної холецистектомії та лапароскопічної холецистектомії гострого деструктивного холециститу в осіб похилого і старечого віку з супутньою ішемічною хворобою серця.

Матеріали та методи дослідження. Проведено оперативне лікування з приводу гострого деструктивного холециститу у 392 хворих у віці від 60 до 75 років з супутньою ішемічною хворобою серця. Хворі розподілені на дві групи: I група (n = 178) — виконана традиційна холецистектомія, санація черевної порожнини фізіологічним розчином і розчином «Декасан»; II група (n = 214) — лапароскопічна холецистектомія, санація черевної порожнини фізіологічним розчином і розчином «Декасан».

Результати дослідження. Ускладнення з боку серцево-судинної системи в I групі відзначено у 2,8 % хворих, пневмонія — 1,1 %, внутрішньочеревні — 8,5 %, ранові — 25,8 %, післяопераційний парез кишківника — 19,1 %, летальність — 1,1 %. У II групі ускладнення з боку серцево-судинної системи — 0,5 %, внутрішньочеревні — 4,7 %, ранові — 4,2 %, післяопераційний парез кишківника — 8,4 %, летальність — 0,5 %. Ускладнення пов'язані з жовчовитіканням, розвитком білом або жовчного перитоніту в групах не відрізнялися.

Висновки. Застосування лапароскопічної холецистектомії при гострому деструктивному холециститі у осіб похилого та старечого віку з супутньою ішемічною хворобою серця дозволило зменшити кількість післяопераційних ускладнень з боку серцево-судинної системи в порівнянні з традиційною холецистектомією з 2,8 % до 0,5 %, внутрішньочеревних — з 8,5 до 4,7 %, ранових — з 25,8 до 4,2 %, знизити летальність з 1,1 до 0,5 %.

Ключові слова: гострий деструктивний холецистит, ішемічна хвороба серця, лапароскопічна холецистектомія, традиційна холецистектомія.

Вступ

Гострий холецистит зустрічається у 10-20 % хворих, які з даного приводу ніколи не лікувалися [1]. Значення проблеми гострого холециститу у осіб похилого та старечого віку обумовлена значним зростанням захворюваності, відносно висока кількість зустрічаємості гострого холециститу і ускладнень — від 11,0 % до 34,0 %, і 20,0 % пацієнтів мають коморбідні захворювання, і перш за все серцево-судинні [1, 2, 3]. Летальність від лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) становить 0-0,8 %, але різко зростає до 14-30 % у літніх пацієнтів і пацієнтів з супутніми захворюваннями [2]. Високий відсоток летальності в групі хворих старше за 60 років пов'язують з наявністю у них коморбідних захворювань в стадії суб- і декомпен-

сації, зниження компенсаторних і резервних можливостей організму.

Традиційна холецистектомія (ТХЕ) в більшості випадків є досить травматичним втручанням, особливо для пацієнтів у віці 60 років і старше, і часто протягом післяопераційного періоду ускладнюється розвитком декомпенсованої стадії супутніх захворювань [4]. Розвиток малоінвазивних технологій дозволило виконувати адекватний обсяг операції при мінімальній операційній травмі, що значно поліпшило результати лікування даної патології у геріатричних пацієнтів [5, 6].

У літературі відсутні дані порівняльного аналізу ранніх післяопераційних ускладнень гострого деструктивного холециститу (ОДХ) у осіб похилого та старечого віку з супутньою

ішемічною хворобою серця (ІХС) при Тхе і ЛХЕ. Подальше дослідження ефективності використання лапароскопічної техніки в осіб похилого і старечого віку з супутньою ІХС в лікуванні ОДХ, є актуальними питаннями сучасної хірургії.

Мета досліджень

Провести порівняльний аналіз структури ранніх післяопераційних ускладнень після традиційної холецистектомії і лапароскопічної холецистектомії гострого деструктивного холециститу в осіб похилого і старечого віку з супутньою — ішемічною хворобою серця.

Матеріали і методи досліджень

Проведено порівняльний аналіз структури ранніх післяопераційних ускладнень у 392 хворих у віці від 60 до 92 років з супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС), яким проведено оперативне лікування з приводу гострого деструктивного холециститу (ГДХ). Виняток склали пацієнти з клінічною картиною механічної жовтяниці і холангіту, тому що дані ускладнення супроводжуються більш високим рівнем ускладнень і летальності і можуть спотворювати дані дослідження.

Залежно від методу проведеного оперативного лікування пацієнти були розподілені на дві групи: І група (n = 178) – хірургічне лікування здійснювалося в обсязі традиційної холецистектомії (ТХЕ), санація черевної порожнини фізіологічним розчином і розчином «декасан»; ІІ група (n = 214) — хірургічне лікування включало лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ), санацію черевної порожнини фізіологічним розчином і розчином «декасан», екстракцію жовчного міхура в гумовому стерильному контейнері через субксіфоїдальну рану, яку після видалення жовчного міхура санували розчином «декасан».

Хворі в групах не відрізнялися за гендерною ознакою, віковим складом, характером супутньої патології, морфологічних змін в жовчному міхурі і видам ускладнень гострого холециститу (табл. 1).

Обстеження хворих включало: клінічний огляд, дослідження загальноклінічних, біохімічних показників, рентгенологічне дослідження грудної та черевної порожнин, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, електрокардіограму (ЕКГ), за показаннями — фіб्रोєзофагогастроуденоскопія, комп'ютерна томографія. Функціональний стан серцево-судинної системи оцінювали за даними 24-годинного моніторингу ЕКГ по Холтеру.

Проводилася описова (дескриптивна) статистика. Нормальність розподілу даних перевірялась за допомогою тесту хі-квадрат Пірсона.

Дані вважалися відповідними до нормального розподілу у разі результату тесту при $p > 0,05$.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика груп дослідження за гендерною ознакою, середнім віком, морфологічними змінами в жовчному міхурі і характером ускладнень гострого деструктивного холециститу

Показник	Група I n = 178	Група II n = 214	Разом n = 392	P Гр. I / Гр. II
Середній вік, М±m	71,6±0,8	70,3±0,6	70,9±0,7	> 0,05
Чол./жін, %	19 / 159	25 / 189	44 / 348	> 0,05
Флегмонозний / Гангренозний ГДХ, %	47,2 / 52,8	47,7 / 52,3	47,4 / 52,6	> 0,05
Перивезикальний інфільтрат, %	96,6	98,1	97,4	> 0,05
Перивезикальний абсцес	5,6	5,1	5,4	> 0,05
Емпієма жовчного міхура	34,8	36,0	35,3	> 0,05
Місцевий перитоніт	53,4	52,8	53,1	> 0,05
Дифузний перитоніт	7,3	7,5	7,4	> 0,05

При нормальному розподілу даних порівняння середніх значень проводилось за допомогою парного t-критерію Стюдента для непов'язаних вибірок. Для даних, розподіл яких відрізняється від нормального, порівняння змінних проводилось за допомогою U-критерію Уїлкоксона-Манна-Уїтні для непов'язаних вибірок. Для порівняння частоти прояву ознак у непов'язаних вибірках використовувався точний метод Фішера, або критерій хі квадрат Пірсона. Нульову гіпотезу рівності змінних відхиляли при $p < 0,05$.

Усі розрахунки проводили за допомогою статистичного пакета аналізу даних IBM SPSS Statistics 22.

Результати досліджень та їх обговорення

Ускладнення з боку серцево-судинної системи в І групі (ТХЕ) відзначено у 3 (1,7 %) хворих (табл. 2). У 1 (0,6 %) хворого розвинувся інфаркт міокарда, у 2 (1,1 %) — гострий коронарний синдром, який проявлявся розвитком нестабільної стенокардії, нападами стенокардії спокою. Летальність — 1,1 % (у одного хворого при наявності множинних гемодинамічно значущих стенозів коронарних артерій, за даними коронарорентрікулографії, розвинувся інфаркт міокарда, у другого — зупинка кровообігу на тлі гострого порушення серцевого ритму (раптова серцева смерть аритмічного генезу, через фібриляцію шлуночків). У ІІ групі (ЛХЕ) — у 1 (0,5 %) пацієнта розвинувся гострий інфаркт міокарда, що і стало причиною летальності.

Такі ускладнення, як пневмонія 2 (1,1 %), тромбофлебіт вен нижніх кінцівок 2 (1,1 %) відзначені тільки у хворих після ТХЕ. Необхідно відзначити, що тромбофлебіт нижніх кінцівок,



у хворих після ТХЕ, розвинувся, незважаючи на проведені в післяопераційному періоді лікувально-профілактичні заходи. Звертає на себе увагу зниження кількості хворих з післяопераційним парезом кишківника з 19,1 % після ТХЕ до з 8,4 % після ЛХЕ. Сумарна кількість післяопераційних ускладнень була достовірно меншою після виконання ЛХЕ (табл. 2).

Таблиця 2

Структура загальних післяопераційних ускладнень після ТХЕ і ЛХЕ

Ускладнення	ТХЕ (n = 178)		ЛХЕ (n = 214)	
	n	%	n	%
Пневмонія	2	1,1	0	0
Тромботичні	2	1,1	0	0
Парез кишківника	34	19,1	18	8,4
Інфаркт міокарда	1	0,6	1	0,5
Гострий коронарний синдром	2	1,1	0	0
Всього	41	23	19	8,9
Летальність	2	1,1	1	0,5
Ймовірність нульової гіпотези	p < 0,001			

У результаті аналізу ускладнень, пов'язаних з жовчовитіканням, розвитком білом або жовчного перитоніту, ми прийшли до висновку, що за частотою та характером даних ускладнень групи не відрізнялися (табл. 3).

Таблиця 3

Структура післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень

Ускладнення	ТХЕ (n = 178)		ЛХЕ (n = 214)	
	n	%	n	%
Інфільтрат черевної порожнини	8	4,5	5	2,3
Абсцес черевної порожнини	4	2,2	1	0,5
Тривале (більше 5 діб) жовчовитікання	1	0,6	2	0,9
Жовчний перитоніт	1	0,6	1	0,5
Білома	1	0,6	1	0,5
Всього	15	8,5	10	4,7
Ймовірність нульової гіпотези	p < 0,127			

Водночас, групи статистично значимо відрізнялися за сумарною частотою післяопераційних ранових ускладнень на користь лапароскопічної холецистектомії (табл. 4).

Проводячи порівняльний аналіз розвитку ускладнень в черевній порожнині і з боку рани в ранньому післяопераційному періоді відзначено, що найбільша їх кількість виникла у пацієнтів після ТХЕ. Ускладнення з боку черевної порожнини після ТХЕ відзначені в 8,5 % випадків, ранові — в 25,8 %. Навпаки, у хворих

після ЛХЕ, внутрішньочеревні ускладнення спостерігалися у 4,7 % хворих, ускладнення з боку рани — 4,2 %.

Таблиця 4

Структура післяопераційних ранових ускладнень

Ускладнення	ТХЕ (n = 178)		ЛХЕ (n = 214)	
	n	%	n	%
Інфільтрат або сірому п/о рани	22	12,4	5	2,3
Нагноєння ран	20	11,2	4	1,9
Нагноєння ран з евентрацією	2	1,1	0	0
Гематома ран	2	1,1	0	0
Всього	46	25,8	9	4,2
Ймовірність нульової гіпотези	p = 0,001			

Проведений порівняльний аналіз характеру ранніх післяопераційних ускладнень після традиційної холецистектомії і лапароскопічної холецистектомії гострого деструктивного холециститу в осіб похилого і старечого віку з супутньою патологією — ішемічною хворобою серця показав ефективність лапароскопічного методу операції у даної категорії хворих, в порівнянні з традиційним методом холецистектомії. Це проявилось в зниженні кількості ускладнень з боку серцево-судинної та легеневої систем, зменшенням кількості внутрішньочеревних і ранових ускладнень, що частково можуть бути пов'язано з меншою травмою, що виникає під час ЛХЕ.

Важливе значення мав і той факт, що переважна кількість гнійно-запальних ускладнень в обох групах виникла у пацієнтів з гострим деструктивним холециститом, ускладненим місцевим або дифузним гнійним перитонітом, первізкальним абсцесом.

Таким чином, отримані результати свідчать про перевагу лапароскопічного методу втручання при гострому деструктивному холециститі в порівнянні з традиційною холецистектомією у хворих похилого та старечого віку з супутньою ішемічною хворобою серця.

Висновки

Застосування лапароскопічної холецистектомії при гострому деструктивному холециститі у осіб похилого та старечого віку з супутньою ішемічною хворобою серця дозволило зменшити кількість післяопераційних ускладнень з боку серцево-судинної системи в порівнянні з традиційною холецистектомією з 2,8 до 0,5 %, внутрішньочеревних — з 8,5 до 4,7 %, ранових — з 25,8 до 4,2 %, знизити летальність з 1,1 до 0,5 %.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Wadhwa V, Jobanputra Y, Garg SK, Patwardhan S, Mehta D, Sanaka MR. Nationwide trends of hospital admissions for acute cholecystitis in the United States. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2017; 5(1): 36–42. doi: 10.1093/gastro/gow015.
2. Pisano M, Ceresoli M, Cimbanassi S, Gurusamy K, Coccolini F, Borzellino G, et al. 2017 WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population. *World J Emerg Surg*. 2019; 14:10. doi: 10.1186/s13017-019-0224-7.
3. Ansaloni L, Pisano M, Coccolini F, Peitzmann AB, Fingerhut A, Catena F, et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis *World J Emerg Surg*. 2016; 11:25. doi: 10.1186/s13017-016-0082-5.
4. Rice CP, Vaishnavi KB, Chao C, Jupiter D, Schaeffer AB, Jensen WR, et al. Operative complications and economic outcomes of cholecystectomy for acute cholecystitis. *World J Gastroenterol*. 2019; 25(48):6916–6927. doi: 10.3748/wjg.v25.i48.6916.
5. Sagami R, Hayasaka K, Nishikiori H, Harada H, Amano Y. Current Status in the Treatment of Acute Cholecystitis Patients Receiving Antithrombotic Therapy: Is Endoscopic Drainage Feasible?– A Systematic Review. *Clin Endosc*. 2020; 53(2):176–188. doi: 10.5946/ce.2019.177.
6. Ekici U, Yilmaz S, Tatli F. Comparative Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy Performed in the Elderly and Younger Patients: Should We Abstain from Laparoscopic Cholecystectomy in the Elderly? *Cureus*. 2018; 10(6): e2888. doi: 10.7759/cureus.2888.

ХАРАКТЕР
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
У БОЛЬНЫХ
ДЕСТРУКТИВНЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ
В СТАРШЕЙ
ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ
С СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Р. В. Бондарев,
Л. Ю. Маркулан,
В. М. Иванцок,
Е. А. Бондарева,
М. М. Левон**

Резюме. *Цель работы.* Проведен сравнительный анализ характера ранних послеоперационных осложнений после традиционной холецистэктомии и лапароскопической холецистэктомии острого деструктивного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования. Проведено оперативное лечение по поводу острого деструктивного холецистита у 392 больных в возрасте от 60 лет и старше с сопутствующей патологией ишемической болезнью сердца. Больные распределены на две группы: I группа (n = 178) — выполнялась традиционная холецистэктомия, санация брюшной полости физиологическим раствором и раствором «декасан»; II группа (n = 214) — лапароскопическая холецистэктомия, санация брюшной полости физиологическим раствором и раствором «декасан».

Результаты исследования. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы в I группе отмечено у 2,8 % больных, пневмония — 1,1 %, внутрибрюшные — 8,5 %, раневые — 25,8 %, послеоперационный парез кишечника — 19,1 %, летальность — 1,1 %. Во II группе осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы — 0,5 %, внутрибрюшные — 4,7 %, раневые — 4,2 %, послеоперационный парез кишечника — 8,4 %, летальность — 0,5 %. Осложнения связанные с желчеистечением, развитием биломы или желчного перитонита в группах не отличались.

Выводы. Применение лапароскопической холецистэктомии при остром деструктивном холецистите у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующей ишемической болезнью сердца позволило уменьшить количество послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы по сравнению с традиционной холецистэктомией с 2,8 % до 0,5 %, внутрибрюшных — с 8,5 до 4,7 %, раневых — с 25,8 до 4,2 %, летальность с 1,1 до 0,5 %.

Ключевые слова: острый деструктивный холецистит, ишемическая болезнь сердца, лапароскопическая холецистэктомия, традиционная холецистэктомия.