

УДК 616.006: 001.891

С. А. Місяк

ПРАКТИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК СКЛАДНИКА КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ/ИНВАЛІДІВ

Ключові слова: онкологія, інваліди, реабілітація, музична терапія.

У статті розглядається використання музичної терапії при проведенні комплексної реабілітації онкологічних хворих/інвалідів.

Визначено перелік музичних творів, які можуть бути використані в комплексній реабілітації онкологічних хворих/інвалідів, з подальшим створенням фонотеки для музичної терапії в домашніх умовах або реабілітаційному центрі.

С. А. Мисяк

ПРАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ/ИНВАЛИДОВ

Ключевые слова: онкология, инвалиды, реабилитация, музыкальная терапия.

В статье рассматривается использование музыкальной терапии при проведении комплексной реабилитации онкологических больных/инвалидов.

Определен перечень музыкальных произведений, которые можно использовать в комплексной реабилитации онкологических больных/инвалидов, с последующим созданием фонотеки для музыкальной терапии в домашних условиях или реабилитационном центре.

S. A. Misiak

THE PRACTICAL USE OF MUSIC THERAPY AS A PART OF COMPLEX REHABILITATION OF CANCER/DISABLED PATIENTS

Keywords: oncology, disabled, rehabilitation, music therapy.

The article has been devoted to the use of music therapy during the comprehensive rehabilitation of cancer patients/ disabled. The list of musical compositions which could be used in complex rehabilitation of cancer patients / disabled had been specified for a purpose to collect the record library for music therapy at home or in rehabilitation center.



УДК 613.346.2-002-089+616.381-089.819

МАЛОИНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ В ХІРУРГІЇ ГОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ В ПОЄДНАННІ З ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ (Огляд літератури)

■ ¹ О. В. Іванько, к. мед. н., доц. каф. хірург., анестезіол. та інтенсив. терап. післядипл. освіти

² Б. В. Свиридюк, лікар-хірург хірург. від. № 1

¹ Р. А. Боріс, д. мед. н., проф. каф. хір. хвор.

■ ¹ Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

² Київська міська клінічна лікарня № 8

Жовчнокам'яна хвороба є одним із найпоширеніших хірургічних захворювань органів черевної порожнини і займає третє місце по частоті госпіталізації до хірургічних стаціонарів [1, 2].

Незважаючи на історично тривалий період лікування гострого холециститу [3, 4], на сьогодні єдиної думки щодо тактики оперативного лікування цієї патології немає. Так деякі вчені вважають, що гострий холецистит є безумовним показанням до екстреного оперативного лікування [5], особливо при наявності ускладнень, таких як холедохолітаз, гнійний холангіт [6]. Інші [7] стверджують, що при відсутності важких супутніх захворювань операція повинна виконуватися в першу-другу добу з моменту надходження в повному обсязі з використанням мініінвазивних методів відновлення відтоку жовчі в кишечник. Є дослідження [8], згідно з якими незалежно від тривалості захворювання при гострому холециститі операція рекомендується в будь-який час.

Як свідчать літературні дані [9, 10], на сучасному

етапі розвитку хірургії існують наступні способи лікування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), ускладненої холедохолітазом: 1) комплексний рентгенендоскопічний метод, який передбачає поетапне проведення ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії, виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії, вилучення конкрементів за допомогою корзинки Дормія, назобілярне дренивання та лапароскопічні мініінвазивні втручання, які сьогодні вважають «золотим стандартом» [11]; 2) одномоментні лапароскопічні оперативні втручання в обсязі лапароскопічної холецистектомії та лапароскопічної холедохолітотомії [12]; 3) відкриті втручання на жовчовивідних шляхах, зокрема, холецистектомія, відкрита холедохолітоекстракція з ревізією позапечінокових жовчних проток та різні модифікації білідигестивних анастомозів [13].

Однак, при використанні мініінвазивних методик у лікуванні холедохолітазу також можливе виникнення негативних наслідків. Так, частота ускладнень після ендоскопічної папілосфінктеротомії становить від 2,6 до

11,2 %, летальність – від 0,5 до 2,0 % [14]; після одномоментних лапароскопічних втручань з усуненням холедохолітазу частота ускладнень становить 5,0-6,6 % [9]. Крім того, є дані [9], що існує проблема недосконалості лапароскопічних методів формування анастомозів. У той же час відкриті операції на жовчовивідних шляхах, які забезпечують хірургу широке поле діяльності, більш доступні з економічної точки зору, проте значно поступаються за травматичністю та тривалістю втручання мініінвазивним способам лікування.

Показання до відкритих і ендоскопічних операцій при непрохідності жовчних протоків у хворих з гострим холециститом мають велику схожість, і вибір способу відновлення відтоку жовчі у кишечник залишається суб'єктивним [4, 7]. Так ендоскопічна папілотомія дозволяє відмовитися від ризикованого оперативного втручання, однак її виконання можливо лише у 80-85 % хворих, причому в кожному п'ятому випадку каміння з протоків видалити не вдається [7]. Застосування трансдуоденальної папілосфінктеротомії і холедоходуоденостомії, незважаючи на високу їх ефективність, обмежується через травматичність і технічну складність [7]. Такі самі технічні складності [11] зустрічаються і при застосуванні в лікуванні гострого холециститу трансгастрального дренивання жовчного міхура, яке робиться під контролем ендоскопічного УЗД.

Слідом за застосуванням лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) при хронічному холециститі, у міру накопичення досвіду, ЛХЕ стала використовуватися і при ускладнених формах ЖКХ [15, 16, 17], що поставило перед хірургами низку дискусійних проблем: обсяг і характер доопераційного обстеження хворих, терміни і вибір методу операції, необхідність інтраопераційного обстеження позапечінокових жовчних шляхів, технічні принципи виконання операції [1], наявність висококваліфікованих фахівців [18]. Механічна жовтяниця спостерігається у 10-15 % хворих на ЖКХ [1]. Звідси зрозуміло, що суттєве значення в кінцевому результаті лікування хворих на ЖКХ має своєчасна діагностика причини механічної жовтяниці, вибір методу її корекції і санація позапечінокових жовчних шляхів [1].

У теперішній час лапароскопічна холецистектомія є загальноновизнаним стандартом для видалення жовчного міхура в лікуванні жовчнокам'яної хвороби [19]. Ця операція є однією з найпоширеніших операцій в ургентній абдомінальній хірургії [20]. У пацієнтів із гострим холециститом технічні складнощі виконання лапароскопічної холецистектомії зумовлені [90]: вираженим спайковим процесом між жовчним міхуром і великим сальником, а також спайковим процесом між жовчним міхуром, попереочноободовою кишкою і дванадцятипалою кишкою; складнощами дисекції запального жовчного міхура через набряк тканин і стоншення його стінок; труднощами виконання адгезіолізу через сильний запальний процес навколо трикутника Кало; кровотечею, яка швидко починається через крихкість тканин, що пов'язано з вираженим запальним процесом. Всі вказані труднощі призводять до

того, що час операції у хворих похилого та старечого віку з діагнозом «гострий холецистит» значно збільшується [21]. Але останнім часом з'являються дані [22] про відсутність достовірної різниці в кількості післяопераційних ускладнень між хворими з гострим та хронічним холециститом.

Деякі вчені [23, 24] стверджують, що лапароскопічні методики лікування жовчнокам'яної хвороби, яка ускладнена холедохолітазом, є методом вибору поряд з традиційними методиками лікування, навіть при гострому холециститі у людей похилого віку [16, 25, 26, 27]. Позитивні результати лікування при цьому відмічаються у 90 % хворих, частота ускладнень 3-4 %, а летальність дорівнює нулю. Навпаки, інші [28, 29, 30] вважають, що тільки холецистектомія з мінідоступу є пріоритетною операцією в лікуванні хворих з жовчнокам'яною хворобою та її ускладненнями, особливо у людей старших вікових категорій. Так, на їхню думку [29], холецистектомія з мінідоступу є безпечним методом, яким легко може оволодіти молодий хірург. Ця методика є доступною економічно і супроводжується низькою кількістю ускладнень. Крім того, холецистектомія з мінідоступу супроводжується низьким числом інтраопераційних та післяопераційних ускладнень. Мінідоступ також дозволяє розширювати при необхідності об'єм оперативного втручання і усувати ускладнення, які виникають [31]. При досконалому використанні даної методики, як стверджують автори [32], можливе зниження післяопераційних ускладнень з приводу холецистектомії у хворих похилого та старечого віку до 5,6 %, а летальності до 0,2 %. Деякі автори [33] навіть повідомляють про необхідність більш широкого застосування відкритих методик при ускладненнях жовчнокам'яної хвороби на фоні гострих запальних процесів в жовчовивідних шляхах. На даний час з'являються [34, 35] нові оригінальні методики холицистектомії з мінідоступу, які безпечно та з високою ефективністю дозволяють оперувати хворих різних вікових груп як при гострому холециститі, так і при супутніх ускладненнях (холедохолітаз тощо).

Останнім часом є повідомлення про високу ефективність застосування однопортового доступу в лікуванні жовчнокам'яної хвороби. При цьому однопортовий доступ, як правило, застосовується тритроакальний [36, 37], рідше – двотроакальний [38], що створює певні технічні складнощі. Так вважається за краще [39] використання лапароскопічної холецистектомії через однопортовий доступ у людей похилого та старечого віку, тому що інтраопераційна травма м'язової частини черевної стінки мінімальна, що сприяє більш ранній активізації та зниженню числа дихальних і серцево-судинних ускладнень, які є характерним для старших вікових груп. Однак дана методика має певні обмеження, тому що потребує наявності однопортової системи та висококваліфікованих фахівців [40]. Останнім часом [41] з'являються перші повідомлення про успішне використання NOTES технологій в лікуванні гострого калькульозного холециститу. Але ці дані

носять поодинокий характер та потребують подальшого вивчення.

У більшості хворих похилого та старечого віку спостерігається невідповідність клінічних проявів захворювання і патоморфологічних змін у стінці жовчного міхура, навіть розвиток перепузирних гнійних ускладнень і перитоніту часто відбуваються без симптомів [42]. Поряд з обґрунтованим патогенетичним уявленням про існування гострого обтураційного калькульозного холециститу як пускового механізму розвитку деструктивного холециститу, особливе значення відводиться «судинному фактору» – коли розвиток деструкції в стінці жовчного міхура відбувається без наявності жовчнокам'яної хвороби [43]. В цих випадках клініко-ультразвукова картина деструктивного холециститу не залишає варіантів лікування – операція стає обов'язковою [44]. З урахуванням того факту, що у 80-85 % пацієнтів цієї категорії рівень операційного ризику по ASA досягає III-IV ступеня [45], одну з провідних ролей надають [46,47,48] УЗД-діапевтиці. Разом з тим, декompresійні операції при деструктивному холециститі під контролем УЗД не відповідають вимогам радикальності і, більш ніж у 50 % випадків, супроводжуються ускладненнями. У той же час, мініінвазивні втручання можуть розглядатися як перший етап лікування, який дозволяє стабілізувати запальний процес під час УЗД-моніторингу і збільшити інтервал для компенсації соматичної патології та прийняття рішення в залежності від перебігу процесу [47]. При традиційній хірургічній тактиці рівень післяопераційних ускладнень досягає 44 %, а при розвитку цих ускладнень летальність дорівнює 20-45,7 % [4, 46]. Парадоксально, але лапароскопічна холецистектомія, яка має певні переваги перед «відкритими» операціями, деякими хірургами до теперішнього часу вважається протипоказаною при гострому холециститі [46]. Ця думка засновується на існуванні частих технічних складнощів при виконанні лапароскопічної холецистектомії при гострому холециститі та недосконалості методики і технічних прийомів відеолапароскопічної операції [46, 49].

Вважається [50], що ендоскопічний транспапілярний метод є пріоритетним у лікуванні різних форм холедохолітіазу. Однак, відсутність необхідного обладнання та спеціалістів у цілодобовому режимі, потреба максимально швидко надати медичну допомогу не завжди дозволяють застосовувати даний метод. Є повідомлення і про застосування ендоскопічних методик в лікуванні гострого холециститу, що дозволяє у 83 % [51] перевести гостре запалення в хронічне. Але ендоскопічне дренивання жовчного міхура потребує в обов'язковому порядку застосування ретроградної ендоскопічної папілосфінктеротомії, додаткового ендоскопічного обладнання, висококваліфікованих фахівців. Крім того, застосування методики не завжди можливе (при відсутності прохідності міхурової та загальної жовчної протоки), а також має великий ризик ускладнень [51]. У складних ситуаціях при необхідності дренивання позапечінокових жовчних проток та видалення конкрементів з загальної жовчної протоки деякі автори

[52] використовують балонну дилатацію великого сосочка дванадцятипалої кишки. Проведені порівняльні дослідження ефективності балонної дилатації великого сосочка дванадцятипалої кишки та папілосфінктеротомії [52,53] встановили, що при наявності коагулопатії вважається за краще використання балонної дилатації. А при наявності супутнього гострого панкреатиту слід надавати перевагу папілосфінктеротомії. У той же час, за даними деяких авторів [54] різниці в летальності, післяопераційних ускладненнях у залежності від методу видалення конкрементів з холедохи (ендоскопічний або відкрита абдомінальна операція) не виявлено.

Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з видаленням конкрементів із загальної жовчної протоки та наступною лапароскопічною холецистектомією, є історично першою та найбільш розповсюдженою тактичною схемою лікування холедохолітіазу [55]. На думку більшості авторів [14, 56, 57], цей принцип лікування є найбільш поширеним.

Успішна ендоскопічна папілосфінктеротомія з видаленням конкрементів балоном або корзинкою Дорміа можлива в 70-90 % хворих. Спочатку ЕПСТ застосовували при резидуальному холедохолітіазі (рецидивному) після перенесеної холецистектомії [58].

На думку деяких авторів [34], застосування ЕПСТ при лікуванні гострого холангіту, гострого міліарного панкреатиту, стенозу великого сосочка дванадцятипалої кишки, гострій блокаді термінального відділу загальної жовчної протоки, резидуальному холедохолітіазі є не тільки доцільним, а й обов'язковим.

На практиці, незважаючи на складність доступу, ЕПСТ є доволі безпечним та ефективним способом оперативного втручання. Але ефективність цього методу залежить від якості сучасної ендоскопічної апаратури та обладнання. Стінки шлунково-кишкового тракту мають достатню механічну міцність та епітеліальну оболонку, яка запобігає інфікуванню. Невелика інцизія передньої стінки ампули великого сосочка дванадцятипалої кишки не призводить до виникнення інфекційних ускладнень, якщо розріз не проникає крізь всі шари загальної жовчної протоки або дванадцятипалої кишки [59].

Ускладнюючим моментом в ЕПСТ є те, що доступ у жовчовивідні протоки проходить крізь дуже важливий у функціональному відношенні орган – великий сосочок дванадцятипалої кишки. Фактично доступ до конкрементів його руйнує, навіть у тому випадку, коли вихідний його стан був нормальним. Тобто великий сосочок дванадцятипалої кишки втрачає свою автономність і виникає рефлекс-холангіт. Папілотомія у меншій мірі пошкоджує сфінктерний апарат. З тією ж метою застосовують папілодилатацію [14, 53, 60].

Успішний розтин великого сосочка дванадцятипалої кишки не завжди означає усунення холедохолітіазу. Конкремент може бути більше досягнутої величини розрізу або просвіту дистального відділу загальної жовчної протоки. У цьому випадку для видалення крупних конкрементів за-

стосовується ряд спеціальних прийомів – механічна літо-екстракція і літотрипсія проволочними петлями, а також спеціальні методи контактного дроблення конкрементів за допомогою спеціального обладнання для електрогідравлічної, лазерної або механічної літотрипсії [61].

Другою ускладнюючою обставиною є ризик виникнення важких ускладнень – холангіту, кровотечі, панкреатиту та ретродуоденальної перфорації. Летальність при ЕПСТ може досягати 1-2 %, частота ускладнень коливається в межах 1-19 % [62].

У низки хворих після виконаної ЕПСТ у віддалений період відзначається поява рецидивного холедохолітазу, стенозу великого сосочка дванадцятипалої кишки, вторинного холангіту та холангіотичних абсцесів печінки [63].

Більшість опублікованих даних свідчать про те, що загальна кількість раних ускладнень ЕПСТ становить 10 % при летальності до 2 %, частота гострого панкреатиту – 5,4 %, кровотеч – 2-5 %, поранень дванадцятипалої кишки – 0,3-1 %, холангіту – 1 %, холециститу – 0,5 %, інших ускладнень – 1,1 % [60].

До загальних факторів ризику ускладнень після ЕПСТ відносять важкий стан хворого, характер супутньої патології, анатомічні фактори, а також недостатній досвід лікаря-ендоскопіста [52].

На думку багатьох авторів [64, 65, 66], виконання лапароскопічних холецистектомій при гострому калькульозному холециститі у термін до 48 годин, а в деяких повідомленнях [67, 68] і до 72 годин від початку захворювання призводить до зменшення частоти кровотечі з ложа жовчного міхура під час операції, об'єму крововтрати, тривалості операції, часу перебування хворих у стаціонарі. Передумовами до цього є патоморфологічні зміни з боку стінок жовчного міхура, що з розвитком запалення набувають інфільтративних змін та адгезивних властивостей. Тому дуже важливим є виконання лапароскопічних холецистектомій при гострому калькульозному холециститі за умови мінімальної втрати часу на обстеження хворих та передопераційну підготовку. Взагалі, як показують дослідження [69], найбільш ефективним лікуванням гострого холециститу навіть ускладненим холедохолітазом [45] буде у тому випадку, якщо воно базується на короткій передопераційній підготовці, ранньому оперативному лікуванні і відповідно нетривалому післяопераційному періоді.

Нині при виборі тактики лікування хворих на гострий холецистит та холедохолітаз найбільше розповсюдження отримав двухетапний спосіб, коли холедохолітаз усувають проведенням ендоскопічної папілосфінктеротомії до чи після виконання мінімальноінвазивної холецистектомії. При очевидних перевагах (зменшення тривалості наркозного часу, одночасна корекція супутнього папілостенозу, можливість виконання малотравматичної декомпресії біліарного тракту при гострій блокаді загальної жовчної протоки) даний спосіб має і недоліки: зруйнування сфінктерного апарату великого сосочка

дванадцятипалої кишки призводить до розвитку ускладнень у 7-10 % з рівнем летальності до 1 % [34].

У віддаленому періоді у 12,3-24 % хворих порушення замикальної функції великого сосочка дванадцятипалої кишки призводить до дуоденобіліарного рефлексу, бактеріальної контамінації та хронічного запалення жовчних шляхів, що негативно позначається на віддалених результатах хірургічного лікування [59].

Іншим хірургічним способом лікування хворих на гострий холецистит, ускладнений холедохолітазом, є одноетапний, коли втручання на загальній жовчній протоці та холецистектомія виконуються під час операції, яка проводиться малотравматичним доступом – лапароскопічним або мінілапаротомним. При цьому холедохолітаз усувають шляхом холедохолітотомії або видалення конкрементів через міхурову протоку, не порушуючи сфінктер великого сосочка дванадцятипалої кишки [23]. Під час виконання мініінвазивної холецистектомії при проведенні холедохолітотомії, виникають значні технічні труднощі, які потребують конверсії та застосування відкритого хірургічного лікування [55].

На даний час не існує однієї думки щодо тактики лікування хворих похилого та старечого віку з гострим холециститом, є ускладненим холедохолітазом [55, 70]. Так, за даними деяких вчених [23], застосування одноетапних лапароскопічних втручань у лікуванні холецистохоледо-холітазу дозволяє зменшити частоту ускладнень в середньому в 2,5 рази у порівнянні з двохетапною тактикою, а післяопераційну летальність – у 1,5 рази. Є повідомлення [24] про успішне застосування одномоментної лапароскопічної холецистектомії з лапароскопічною трансміхуровою екстракцією конкрементів з холедоху. Інші дослідники вважають зовсім протилежне [43, 62, 71]. За їх даними, двохетапні методи оперативного лікування, з попередньою декомпресією жовчних шляхів, збільшують виживаність вікових хворих. Так, на думку Ташкинова Н. В. [72], при гострому холециститі, ускладненому холедохолітазом, у хворих похилого та старечого віку оптимальним є послідовне застосування ендоскопічної папілосфінктеротомії та лапароскопічної холецистектомії. При невдалих спробах усунення холедохолітазу за допомогою ендоскопічної папілосфінктеротомії показано одночасне виконання лапароскопічної холецистектомії та холедохотомії. Проведені сучасні дослідження [73, 74] вказують на те, що у хворих старечого та похилого віку з гострим холециститом при ASA вище III ступеня показано з початку проведення декомпресії жовчовивідних шляхів методом черезшкірної черезпечінкової пункції, а потім виконання оперативного втручання.

Однак, ряд авторів [75] не відзначають зниження летальності після двохетапних втручань. Автори пояснюють це тим, що і в «спокійному» періоді у багатьох пацієнтів зберігається висока ступінь операційного ризику та інфільтративні зміни в ділянці шийки жовчного міхура. У зв'язку з вищевказаним, безумовно корисним для хворих

старших вікових груп є планове хірургічне втручання і оптимально з лапароскопічного доступу. Однак [75, 76], поліморбідність захворювання обмежує застосування лапароскопічних методик, причому більше серед вікових хворих.

На думку деяких авторів [77], усунення біліарної гіпертензії за допомогою ендоскопічних ретроградних втручань на великому сосочку дванадцятипалої кишки і жовчних протоках не зменшує ризик виникнення гострого холециститу та рецидиву холедохолітіазу, проте така тактика виправдана під час лікування пацієнтів старечого віку з тяжкими супутніми захворюваннями [78].

Є повідомлення [79] про успішне застосування холецистолітомії в лікуванні жовчнокам'яної хвороби. Так, за цими даними, використання мініінвазивної ХЛТ у порівнянні з ЛХЕ дозволяє скоротити післяопераційний ліжко-день, знизити частоту ускладнень та попередити розвиток функціональних порушень органів травлення, які зустрічаються після видалення жовчного міхура.

Деякі автори [80] віддають перевагу в лікуванні хворих похилого віку з гострим калькульозним холециститом мікрохолецистостомії, що, на їх думку, дозволяє знизити не тільки післяопераційну летальність, але й підвищити хірургічну активність у даного контингенту хворих.

Перспективним, на думку ряду вчених [5], у теперішній час є впровадження для лікування гострого холециститу у людей похилого віку безгазової лапароскопічної холецистектомії – лапароліфтингу. Її застосування дозволяє використовувати лапароскопічні методики у хворих похилого віку з гострим холециститом при наявності протипоказань до накладання карбоксиперітонеуму. Однак, необхідність застосування додаткового обладнання і недосконалість ліфтингових конструкцій гальмує широке розповсюдження лапароскопічної холецистектомії без застосування карбоксиперітонеуму [81].

Вважається [58, 82], що лікування хворих з ускладненнями ЖКХ має бути комплексним і містити гепатопротективну та енергокорегуючу терапію. Крім того, при важкому стані хворого і прогресуванні запального процесу показано лімфодренування з лімфотропною антибіотикотерапією [83]. Наявність запалення навколо міхура при гострому холециститі потребує, крім оперативного втручання, призначення антибіотиків не менш як чотири доби [84] та інтенсивного консервативного лікування [85].

Нові можливості в лікуванні гострого холециститу та ускладнень жовчнокам'яної хвороби деякі вчені [86] пов'язують з використанням нових технологій, зокрема ультразвукових нижниць. Дана технологія робить процес виділення, обробки, гемостазу під час операції більш зручним та безпечним. Завдяки цьому травматичність та час оперативного втручання зменшуються.

Складність проблеми оперативного лікування хворих похилого та старечого віку з ускладненнями жовчнокам'яної хвороби (гострий холецистит, холедохолітіаз) вимушують дослідників [87] пропонувати оперативні втручання цієї групі пацієнтів у спеціалізованих центрах.

Невирішеним на сьогодні є питання про терміни оперативного втручання у хворих з гострим холециститом [58, 88]. Особливої актуальності це питання набирає при наявності таких ускладнень як холедохолітіаз, тим більше у хворих похилого і старечого віку [89], у яких вірогідність ускладнень набагато вища, а час на прийняття рішення про оперативне втручання коротший. Так, деякі автори [90] пропонують невідкладне оперативне втручання при надходженні хворого до стаціонару, навіть незалежно від строків захворювання [91], інші [92] допускають можливість втручання у відстрочений період, або взагалі, за можливості, інтенсивну консервативну терапію [93]. Однак, як показують дослідження [94], відстрочка оперативного втручання у хворого з гострим холециститом призводить до збільшення ліжко-дня та загальних витрат. Незважаючи на певну складність лікування гострого холециститу у хворих похилого та старечого віку, більшість авторів [44, 76] погоджуються з тим, що оперативне лікування у цієї групи пацієнтів з використанням лапароскопічних методик є безпечним.

Висновки

Лікування хворих з гострим холециститом, особливо серед пацієнтів старших вікових груп, потребує більш інтенсивного та тривалого догляду як в передопераційному, так і в післяопераційному періоді.

Існує незадоволеність результатами хірургічного лікування хворих на гострий холецистит, ускладнений холедохолітіазом. Вони потребують детального аналізу, а хірургічна методика – подальшого вдосконалення.

Література

1. Хворостов Є. Д. Мініінвазивні методи лікування жовчнокам'яної хвороби, що ускладнена механічною жовтяницею / Є. Д. Хворостов, Р. М. Бичков, Р. М. Гриньов, О. І. Цівенко // Шпитал. хірург. – 2012. – № 3. – С. 94-95.
2. Götzky K. Epidemiology and clinical presentation of acute cholecystitis / K. Götzky, P. Landwehr, J. Jähne // Chirur. – 2013. – № 3. – Р. 179-184.
3. Шалимов А. А., Доманский Б. В., Клименко Г. А., Шалимов С. А. Хирургия печени и желчных протоков / под общей ред. проф. А. А. Шалимова; К.: Здоров'я, 1975. – 408 с.

4. Ищенко И. Н. Операции на желчных путях и печени. – К.: Здоров'я, 1966. – 473 с.
5. Некрасов А. Ю. Использование веерообразного лапаролифта при лапароскопической холецистэктомии у пациентов пожилого возраста / А. Ю. Некрасов, С. А. Касумьян, В. В. Зубарев, [и др.] // Новости хирургии. – 2011. – № 1. – С. 22-25.
6. Павловський М. П. Малоінвазивне лікування хворих на гострий холецистит, ускладнений перитонітом і холангітом / М. П. Павловський, В. І. Колодійцев, Я. І. Гавриш, Т. І. Шахова // Укр. журн. хірург. – 2011. – № 4. – С. 33-37.

7. Никуленков С. Ю. Стратегия и тактика хирургического лечения острого холецистита, осложненного поражениями желчных протоков у больных старше 70 лет / С. Ю. Никуленков, Н. М. Щеглов // *Вест. Нац. мед.-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова*. – 2010. – № 4. – С. 41-44.
8. Farooq T. Is early laparoscopic cholecystectomy safe after the «safe period»? / T. Farooq, G. Buchanan, V. Manda [et al.] // *J. Laparoendosc Adv Surg Tech A*. – 2009. – № 4. – P. 471-474.
9. Воровський О. О. Результати хірургічного лікування холедохолітіаза у хворих похилого та старечого віку / О. О. Воровський, О. І. Бондарчук // *Клін. хірург.* – 2009. – № 7-8. – С. 12-14.
10. Botaitis S. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: an analysis of the risk factors / S. Botaitis, M. Pitiakoudis, S. Perente [et al.] // *S Afr J Surg*. – 2012. – № 3. – P. 62.
11. Kamata K. Transgastric endoscopic ultrasound (EUS)-guided gallbladder drainage for acute cholecystitis / K. Kamata, M. Kitano, T. Komaki [et al.] // *Endoscopy*. – 2009. – № 41. – P. 315-316.
12. Stanisić V. Laparoscopic cholecystectomy of acute cholecystitis / V. Stanisić, M. Bakić, M. Magdelinić [et al.] // *Med Pregl.* – 2010. – № 5-6. – P. 404-408.
13. Желчевыводящие анастомозы в биллиарной хирургии / В. М. Кончак, И. В. Хомяк, В. Г. Мишалов [и др.] – К.: Лига-Информ, 2004. – 123 с.
14. Yang X. M. Endoscopic sphincterotomy plus large-balloon dilation vs endoscopic sphincterotomy for choledocholithiasis: A meta-analysis / X. M. Yang, B. Hu // *World J Gastroenterol.* – 2013. – № 48. – P. 9453-9460.
15. Khan M. W. Experience in laparoscopic cholecystectomy / M. W. Khan, Aziz M. M. // *Mymensingh Med J.* – 2010. – № 1. – P. 77-84.
16. Ferrarese A. G. Elective and emergency laparoscopic cholecystectomy in the elderly: our experience / A. G. Ferrarese, M. Solej, S. Enrico [et al.] // *BMC Surg.* – 2013. – № 13. – P. 21.
17. Fuks D. Can we consider day-case laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis? Identification of potentially eligible patients / D. Fuks, C. Cosse, C. Sabbagh [et al.] // *J Surg Res.* – 2014. – № 1. – P. 142-149.
18. Kortram K. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis should be performed by a laparoscopic surgeon / K. Kortram, J. S. Reinders, B. van Ramshorst [et al.] // *Surg Endosc.* – 2010. – № 9. – P. 2206-2209.
19. Уханов А. П. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении деструктивных форм острого холецистита у больных старших возрастных групп / А. П. Уханов, А. И. Игнатъев, С. В. Ковалев [et al.] // *Эндоскоп. хирург.* – 2012. – № 2. – С. 16-20.
20. Gutt C. N. Acute cholecystitis: primarily conservative or operative approach? / C. N. Gutt // *Chirurg.* – 2013. – № 3. – P. 185-190.
21. Yetkin G. Laparoscopic cholecystectomy in elderly patients / G. Yetkin, M. Uludag, S. Oba [et al.] // *JSLs.* – 2009. – № 4. – P. 587-591.
22. Selmani R. Conversions in laparoscopic cholecystectomy in acute versus chronic cholecystitis / R. Selmani, A. Karagozov, V. Stefanovska // *Prilozi.* – 2013. – № 2. – P. 43-50.
23. Миминошвили О. И. Лапароскопические технологии в лечении холедохолитиаза / О. И. Миминошвили, А. Д. Сомов, В. Ю. Михайличенко, И. А. Боева // *Вест. неотлож. и восстановит. мед.* – 2012. – № 3. – С. 378-380.
24. Chiarugi M. Laparoscopic transcystic exploration for single-stage management of common duct stones and acute cholecystitis / M. Chiarugi, C. Galatioto, L. Decanini [et al.] // *Surg Endosc.* – 2012. – № 1. – P. 124-129.
25. Kirshtein B. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly: is it safe? / B. Kirshtein, M. Bayme, A. Bolotin [et al.] // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* – 2008. – № 13. – P. 334-339.
26. Cheng Y. Proper surgical technique approved for early laparoscopic cholecystectomy for non-critically ill elderly patients with acute cholecystitis / Y. Cheng, J. Leng, J. Tan [et al.] // *Hepatogastroenterol.* – 2013. – № 124. – P. 688-691.
27. Teixeira J. P. Surgical management of acute cholecystitis (experience of 249 cases) / J. P. Teixeira, C. Ribeiro, A. Pinto [et al.] // *Hepatogastroenterol.* – 2011. – № 106. – P. 281-284.
28. Рамазанова А. Р. Результаты холецистэктомии из минидоступа у больных старших возрастных групп с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы / А. Р. Рамазанова, В. К. Попович, С. Р. Добровольский // *Вест. Нац. мед.-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова*. – 2011. – № 4. – С. 61-64.
29. Добровольский С. Р. Результаты использования различных вариантов холецистэктомии у больных старших возрастных групп / С. Р. Добровольский, А. Р. Рамазанова, Ф. С. Курбанов, П. Г. Садовый // *Хирург.* – 2011. – № 9. – С. 11-14.
30. Gurgenidze M. Miniinvasive surgical management of cholelithiasis for elderly and senile patients: a retrospective study / M. Gurgenidze, M. Kiladze, Z. Beriashvili // *Georgian Med News.* – 2013. – № 219. – P. 7-13.
31. Алиев Ю. Г. Холецистэктомия из минидоступа у больных калькулезным холециститом / Ю. Г. Алиев, Ф. С. Курбанов, В. К. Попович [et al.] // *Хирург.* – 2013. – № 11. – С. 32-34.
32. Рамазанова А. Р. Результаты холецистэктомии из минидоступа у больных старших возрастных групп с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы / А. Р. Рамазанова, В. К. Попович, С. Р. Добровольский // *Вест. Нац. мед.-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова*. – 2011. – № 4. – С. 61-64.
33. Le V. H. Conversion of laparoscopic to open cholecystectomy in the current era of laparoscopic surgery / V. H. Le, D. E. Smith, B. L. Johnson // *Am Surg.* – 2012. – № 12. – P. 1392-1395.
34. Пауткин Ю. Ф., Климов А. Е. Механическая непроходимость желчных путей (механическая желтуха). Руководство для врачей / Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов, М., ПРОФИЛЬ – 2С, 2010. – 224 с.
35. Grau-Talens E. J. Transcylindrical gas-free cholecystectomy for the treatment of cholelithiasis, cholecystitis, and choledocholithiasis / E. J. Grau-Talens, M. Giner // *Surg Endosc.* – 2010. – № 9. – P. 2099-2104.
36. Chuang S. H. Single-incision vs three-incision laparoscopic cholecystectomy for complicated and uncomplicated acute cholecystitis / S. H. Chuang, P. H. Chen, C. M. Chang, C. S. Lin // *World J Gastroenterol.* – 2013. – № 43. – P. 7743-7750.
37. Cheng Y. Laparoendoscopic single-site cholecystectomy vs three-port laparoscopic cholecystectomy: a large-scale retrospective study / Y. Cheng, Z. S. Jiang, X. P. Xu [et al.] // *World J Gastroenterol.* – 2013. – № 26. – P. 4209-4213.
38. Tian M. G. Two-port laparoscopic cholecystectomy with modified suture retraction of the fundus: A practical approach / M. G. Tian, P. J. Zhang, Y. Yang [et al.] // *J Minim Access Surg.* – 2013. – № 3. – P. 122-125.
39. Уханов А. П. Использование чресступочной лапароскопической холецистэктомии в лечении желчнокаменной болезни и острого холецистита / А. П. Уханов, А. И. Игнатъев, С. В. Ковалев [и др.] // *Эндоскоп. хирург.* – 2011. – № 4. – С. 19-24.
40. Jacob D. Single-port versus multi-port cholecystectomy for patients with acute cholecystitis: a retrospective comparative analysis / D. Jacob, R. Raakow // *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* – 2011. – № 5. – P. 521-525.
41. Hasan M. K. Endoscopic management of acute cholecystitis / M. K. Hasan, T. Itoi, S. Varadarajulu // *Gastrointest Endosc Clin N Am.* – 2013. – № 2. – P. 453-459.
42. Özkan E. Topaloglu Factors affecting mortality and morbidity in emergency abdominal surgery in geriatric patients / E. Özkan, M. M. Fersanoglu, E. Dulundu [et al.] // *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* – 2010. – № 5. – P. 439-444.
43. McKay A. Short- and long-term outcomes following percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high-risk patients / A. McKay, M. Abulfaraj, J. Lipschitz // *Surg Endosc.* – 2012. – № 5. – P. 1343-1351.
44. Fujikawa T. Is Early Laparoscopic Cholecystectomy Feasible for Acute Cholecystitis in the Elderly? / T. Fujikawa, S. Tada, T. Abe [et al.] // *J Gastroenterol. and Hepatol. Res.* – 2012. – № 10. – P. 247-251.
45. Guerriero O. Laparoscopic surgery for acute cholecystitis in the elderly. Our experience / O. Guerriero, E. D'Amore, E. Di Meo [et al.] // *Chir Ital.* – 2008. – № 2. – P. 189-197.
46. Кулиш В. А. Применение миниинвазивных технологий в лечении больных с осложненным острым холециститом / В. А. Кулиш, А. Я. Коровин, Е. Н. Балаклея // *Вест. эксперимент. и клин. хирург.* – 2012. – № 2. – С. 278-282.
47. Шапкин Ю. Г. Оптимизация хирургической тактики при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста с использованием эхоконтролируемых малоинвазивных вмешательств / Ю. Г. Шапкин, С. В. Капралов, С. Ю. Капралова [и др.] // *Анн. хирург.* – 2009. – № 3. – С. 45-48.
48. Капралов С. В. Роль и место диапневтических декомпрессионных

- операций в хирургии острого холецистита у больных высокого операционно-анестезиологического риска / С. В. Капралов, У. З. Исмаилов, Ю. Г. Шапкин // *Соврем. пробл. науки и образов.* – 2010. – № 2. – С. 47-52.
49. Schwartz S. I. Senior residents as teaching assistants during laparoscopic cholecystectomy in the 80-hour workweek era: effect on biliary injury and overall complication rates / S. I. Schwartz, A. T. Yaghoobian, I. D. Andacheh [et al.] // *J Surg Educ.* – 2013. – № 6. – P. 796-799.
50. Ничитайло М. Е. Мініінвазивна хірургія доброякісної обструкції дистального відділу зазальної жовчної протоки / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко // *Укр. журн. хірург.* – 2013. – № 3. – С. 45-49.
51. Mutignani M. Endoscopic gallbladder drainage for acute cholecystitis: technical and clinical results / M. Mutignani, F. Iacopini, V. Perri [et al.] // *Endoscopy.* – 2009. – № 6. – P. 539-446.
52. Zhao H. C. Meta-analysis comparison of endoscopic papillary balloon dilatation and endoscopic sphincterotomy / H. C. Zhao, L. He, D. C. Zhou [et al.] // *World J Gastroenterol.* – 2013. – № 24. – P. 3883-3891.
53. Zippi M. Endoscopic papillary balloon dilation for difficult common bile duct stones: Our experience / M. Zippi, I. De Felici, R. Pica, G. Traversa, G. Occhigrossi // *World J Clin Cases.* – 2013. – № 1. – P. 19-24.
54. Dasari B. V. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones / B. V. Dasari, C. J. Tan, K. S. Gurusamy [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2013. – № 3. – P. 9.
55. Бойко В. В., Клименко Г. А., Малоштан А. В. Холедохолитиаз, диагностика и оперативное лечение – Хирургия.: Новое слово, 2008. – 216 с.
56. Ничитайло М. Ю. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Ю. Ничитайло, А. В. Скумс. – К.: Макком, 2006. – 344 с.
57. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / Малоштан А. В., Бойко В. В., Тищенко А. М., Криворучко И. А. – Харьков: СИМ, 2005. – 367 с.
58. Кондратенко П. Г., Васильев А. А., Элин А. Д. и др. Экстренная хирургия желчных путей. – Донецк: ООО «Лебедь». – 2005 – 434 с.
59. Гальперин Э. И. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е изд. / Э. И. Гальперин, П. С. Ветшев. – М.: Видар, 2009. – 568 с.
60. He L. Endoscopic papillary balloon dilatation vs. endoscopic sphincterotomy for common bile duct stones: a meta analysis / L. He, X. P. Geng, H. C. Zhao [et al.] // *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* – 2013. – № 6. – P. 556-561.
61. Polite N. M. The use of laser lithotripsy status post cholecystostomy tube placement without interval cholecystectomy for calculous cholecystitis in a patient unfit for general anesthesia / N. M. Polite, R. Brown, J. Braveman // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* – 2013. – № 6. – P. 229-231.
62. Баулина Е. А. Двухэтапная тактика при холецистите как профилактика эндоскопических и эндохирургических осложнений / Е. А. Баулина, Г. К. Шокаров, А. А. Баули [и др.] // *Эндоскоп. хирург. Приложение. Тез. докл. XVII съезда Росс. обществ. эндоскоп. хирург.* – 2014. – № 1. – С. 56-57.
63. Иванов В. Г. Мининвазивные методики в лечении больных механической желтухой / В. Г. Иванов, И. Е. Чивилев, К. А. Ходателев [и др.] // *Эндоскоп. хирург. приложение. Тез. докл. XVII съезда Росс. обществ. эндоскоп. хирург.* – 2014. – № 1. – С. 167-168.
64. Лазаренко В. А. Малоинвазивные технологии в лечении острого деструктивного калькулезного холецистита у лиц среднего, пожилого и старческого возраста / В. А. Лазаренко, Н. К. Горишнова, С. Н. Григорьев [и др.] // *Курск. науч.-практич. вест. «Человек и его здоровье».* – 2011. – № 2. – С. 56-59.
65. Бобров О. Е., Хмельницкий С. И., Мендель Н. А. Очерки хирургии острого холецистита // Кировоград: «Полум» – 2008. – 216 с.
66. Кутувий О. Б. Обгрунтування ранніх лапароскопічних операцій при гострому калькульозному холециститі / О. Б. Кутувий, А. В. Мертемянов, П. О. Гриценко [и др.] // *Шпитальна хірургія.* – 2012. – № 3. – С. 33-35.
67. Ohta M. Operative timing of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in a Japanese institute / M. Ohta, Y. Iwashita, K. Yada [et al.] // *JLSLS.* – 2012. – № 1. – P. 65-70.
68. Gul R. Comparison of early and delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: experience from a single center / R. Gul, R. A. Dar, R. A. Sheikh [et al.] // *N Am J Med Sci.* – 2013. – № 7. – P. 414-418.
69. Шевченко П. С. Хірургічне лікування жовчнокам'яної хвороби, що ускладнена обтураційним холестаазом у хворих літнього віку / П. С. Шевченко, С. І. Шевченко, Ю. П. Гніденко, М. А. Селезньов // *Харків. хірург. школа.* – 2012. – № 3. – С. 136-140.
70. Zerem E. What is the optimal treatment for acute cholecystitis in elderly patients? / E. Zerem, S. Omerović, Z. Guzin, B. Imširović // *Eur J Gastroenterol Hepatol.* – 2013. – № 6. – P. 749.
71. Vázquez Tarragón A. / Two staged minimally invasive treatment for acute cholecystitis in high risk patients // A. Vázquez Tarragón, J. S. Azagra Soria, V. Lens [et al.] // *Hepatogastroenterology.* – 2013. – № 60. – P. 466-499.
72. Ташикинов Н. В. Пути оптимизации лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, у пациентов пожилого и старческого возраста / Н. В. Ташикинов, Е. В. Николаев, Н. И. Бояринцев [и др.] // *Дальневост. мед. журн.* – 2009. – № 1. – С. 44-46.
73. Yun S. S. Better Treatment Strategies for Patients with Acute Cholecystitis and American Society of Anesthesiologists Classification 3 or Greater / S. S. Yun, D. W. Hwang [et al.] // *Yonsei Med J.* – 2010. – № 4. – P. 540-545.
74. Chok K. S. Results of percutaneous transhepatic cholecystostomy for high surgical risk patients with acute cholecystitis / K. S. Chok, F. S. Chu, T. T. Cheung [et al.] // *Results of percutaneous transhepatic cholecystostomy for high surgical risk patients with acute cholecystitis // ANZ J Surg.* – 2010. – № 4. – P. 280-283.
75. Аббасова С. Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп / С. Ф. Аббасова // *Хірург.* – 2011. – № 9. – С. 83-85.
76. Caglià P. Can laparoscopic cholecystectomy be safely performed in the elderly? / P. Caglià, S. Costa, A. Tracia [et al.] // *Ann Ital Chir.* – 2012. – № 1. – P. 21-24.
77. Коломійцев В. І. Віддалені результати за невіддаленого жовчно-го міхура після ендоскопічної папілосфінктеротомії / В. І. Коломійцев, М. П. Павловський // *Клін. хірург.* – 2012. – № 4. – С. 22.
78. Ikegami T. Use of the SAND balloon catheter in single-incision laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis / T. Ikegami, K. Shirabe, T. Yoshizumi [et al.] // *Asian J Endosc Surg.* – 2013. – № 2. – P. 134-136.
79. Шевченко Б. Ф. Оцінка результатів та якості життя хворих після оперативного лікування неускладненого поодинокого холецистолітіазу / Б. Ф. Шевченко, О. М. Бабій, Д. В. Алейник // *Укр. журн. хірург.* – 2010. – № 1. – С. 138-142.
80. Лупальцов В. І. Оптимізація лікування хворих старшого і похилого віку на гострій калькульозній холецистит / В. І. Лупальцов, Р. С. Ворошук, А. І. Ягнюк, І. А. Дехтярук // *Вест. к неотлож. и восстановит. мед.* – 2012. – № 3. – С. 367-370.
81. Гудилин А. А. Оптимизация лечения больных острым холециститом с повышенным операционным риском / А. А. Гудилин, А. Ю. Некрасов, С. А. Касумьян [et al.] // *Эндоскоп. хирург. Приложение. Тез. докл. XVII съезда Росс. обществ. эндоскоп. хирург.* – 2014. – № 1. – С. 116-117.
82. Ступин В. А. Результаты комбинированного лечения больных с механической желтухой доброкачественного генеза / В. А. Ступин, Ж. В. Басарболиева, М. А. Агапов, Б. К. Лайпанов // *Хірург.* – 2012. – № 7. – С. 75-79.
83. Кашаева М. Д. Лечебная тактика при механической желтухе неопухоловой этиологии осложненной острым гнойным холангитом / М. Д. Кашаева // *Вест. Новгород. гос. универ.* – 2013. – № 71. – С. 37-41.
84. Rodríguez-Sanjuán J. C. Acute cholecystitis in high surgical risk patients: percutaneous cholecystostomy or emergency cholecystectomy? / J. C. Rodríguez-Sanjuán, A. Arruabarrena, L. Sánchez-Moreno [et al.] // *Am J Surg.* – 2012. – № 1. – P. 54-59.
85. Strobel O. Early laparoscopic cholecystectomy as therapy of choice for acute cholecystitis / O. Strobel, M. W. Büchler // *Chirurg.* – 2013. – № 11. – P. 999.
86. Gelmini R. Laparoscopic cholecystectomy with Harmonic scalpel / R. Gelmini, C. Franzoni, S. Zona [et al.] // *JLSLS.* – 2010. – № 1. – P. 14-19.
87. Ying F. Lessons learnt after 12 years experience in laparoscopic cholecystectomy at a single center / F. Ying, W. Shuodong, Y. Hong [et al.] // *Hepatogastroenterol.* – 2010. – № 98. – P. 202-206.
88. Gurusamy K. S. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy

for people with acute cholecystitis / K. S. Gurusamy, C. Davidson, C. Gluud, B. R. Davidson // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2013. – № 30. – P. 6.

89. Rees J. R. Non-operative management of acute cholecystitis in the elderly / J. R. Rees // *Br J Surg.* – 2012. – № 99. – P. 1254-1261.

90. de Mestral C. Comparative operative outcomes of early and delayed cholecystectomy for acute cholecystitis: a population-based propensity score analysis / C. de Mestral, O. D. Rotstein, A. Laupacis [et al.] // *Ann Surg.* – 2014. – № 1. – P. 10-15.

91. Senadhipan B. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: does timing matter? / B. Senadhipan, S. S. Kumar, S. Damodaran Pillai // *Indian J Surg.* – 2013. – № 4. – P. 268-270.

92. Nielsen L. B. Cholecystectomy for the elderly: no hesitation for otherwise healthy patients / L. B. Nielsen, K. M. Harboe, L. Bardram // *Surg Endosc.* – 2014. – № 1. – P. 171-177.

93. McGillicuddy E. A. Non-operative management of acute cholecystitis in the elderly / E. A. McGillicuddy, K. M. Schuster, K. Barre [et al.] // *Br J Surg.* – 2012. – № 9. – P. 1254-1261.

94. Gutt C. N. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304) / C. N. Gutt, J. Encke, J. Köninger [et al.] // *Ann Surg.* – 2013. – № 3. – P. 385-393.

Надійшла до редакції 10.05.2016

УДК 613.346.2-002-089+616.381-089.819

О. В. Іванько, Б. В. Свиридюк, Р. А. Боріс
МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ В ХІРУРГІЇ ГОСТРОГО
КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ В ПОСДНАННІ
З ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА
СТАРЕЧОГО ВІКУ
(Огляд літератури)

Ключові слова: гострий холецистит, холедохолітиаз, лікування

Лікування хворих з гострим холециститом, особливо серед пацієнтів старших вікових груп, потребує більш інтенсивного та тривалого догляду як в передопераційному, так і в післяопераційному періодах.

Існує незадоволеність результатами хірургічного лікування хворих на гострий холецистит, який ускладнений холедохолітиазом. Вони потребують детального аналізу, а хірургічна методика – подальшого вдосконалення.

А. В. Іванько, Б. В. Свиридюк, Р. А. Боріс
МАЛОІНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ
ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В
СОЧЕТАНИИ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЕЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
(Обзор литературы)

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, лечение

Лечение больных с острым калькулезным холециститом, особенно среди пациентов старших возрастных групп, требует более интенсивного и длительного внимания как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах.

Существует неудовлетворенность результатами хирургического лечения больных острым холециститом в сочетании с холедохолитиазом. Они требуют детального анализа, а хирургическая тактика – дальнейшего усовершенствования.

A. V. Ivanko, B. V. Sviriduk, R. A. Boris
MINIMALLY INVASIVE SURGERY FOR ACUTE CALCULOUS
CHOLECYSTITIS CHOLEDOCHOLITHIASIS FOR PATIENTS
ELDERLY AND SENILE
(Literature review)

Keywords: acute cholecystitis, choledocholithiasis, treatment.

Treatment of patients with acute calculous cholecystitis especially among elderly patients require more intensive and long-term focus in the preoperative and postoperative period.

There is dissatisfaction with the results of surgical treatment of patients with acute cholecystitis combined with choledocholithiasis. They require detailed analysis and surgical tactics – being improved further.



УДК 616.36+616.34+615.355+664.315

РЕНОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ АНТИДИСБИОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ

■ ¹ А. И. Гоженко, д. мед. н., проф., директор

² В. Т. Степан, к. мед. н., доц., каф. урол.

² М. Ф. Ярынич, врач, каф. урол.

³ И. П. Пустовойт, к. мед. н., зав. отд. урол.

■ ¹ ГУ «Украинский НИИ медицины транспорта МЗУ», г. Одесса

² «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы

³ КУ «Одесская областная клиническая больница»

Вступление

Многочисленные данные экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о наличии гепатorenального синдрома [1-4]. В патогенезе этого синдрома

может лежать нарушение антимикробной функции печени, которое возникает при действии самых различных факторов (вирусы, токсины, стрессы, метаболические расстройства) [5-7]. Усугубляет нарушение антимикробной