

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧИМИМИ ОКЛЮЗІЙНО- СТЕНОТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ВІНЦЕВИХ АРТЕРІЙ СЕРЦЯ

М.В.Бондаренко, Т.А. Головацька, Н.М. Щит

Інститут екології та медицини

Резюме. *В роботі представлений надзвичайно актуальний для сучасної хірургії клінічний матеріал результатів лікувально-діагностичної хірургічної тактики у хворих з операційним ризиком. Дослідженням із застосуванням сучасних методів обстеження виявлені вагомні кардіальні фактори ризику, які у хворих на прогресуючі та ускладнені абдомінальні захворювання значно обмежують вибір інтраопераційної тактики та стають причиною розвитку фатальних післяопераційних ускладнень внаслідок декомпенсації серцево-судинної системи, ускладнення яких зростають як на фоні абдомінальної патології, так і внаслідок травматичності операції. Дієвим напрямком запобігання фатальних ускладнень автори вважають впровадження активної хірургічної тактики по корекції кардіальних та хірургічних факторів ризику.*

Ключові слова: *операційний ризик, хірургічні ускладнення, атеросклероз вінцевих артерій.*

Вступ. Аналіз результатів сучасної лікувально-діагностичної тактики в абдомінальній та серцево-судинній хірургії дозволяє стверджувати, що ефективність хірургічної допомоги потребує удосконалення шляхом зниження вагомних факторів ризику, провідні з яких: фінансування лікувально-діагностичного процесу згідно вимог законодавства країни, показ до оперативного лікування на основі об'єктивних критеріїв, проведення хірургічного лікування висококваліфікованими спеціалістами [3, 4, 5, 8]. Окрім вказаного, визначення компенсаційних резервів хворих з оцінкою рівня операційного ризику має особливе значення при поліорганній патології, яка вкрай негативно впливає на безпосередні результати лікування

[1, 2, 9, 10]. Сучасні вимоги до результатів хірургічного лікування визначаються конкретністю, з врахуванням ролі спеціалістів [6, 7], тому є надзвичайна необхідність постійного аналізу результатів лікування.

Мета дослідження – вивчення причин післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії у хворих з гемодинамічно значимими атеросклеротичними оклюзійно-стенотичними ураженнями вінцевих артерій серця.

Матеріали та методи дослідження. Проведене проспективно-ретроспективне дослідження 272 хворих фатального рівня операційного ризику з прогресуючими та ускладненими абдомінальними захворюваннями і різними формами ІХС внаслідок атеросклеротичного оклюзійно-стенотичного та іншого ураження вінцевих артерій серця зі звуженням їх просвіту до 60 – 90% і більше. Хворі досліджені згідно вимог до операції великого обсягу, в т.ч. проведені УЗД, рентгеноскопія та рентгенографія органів грудної клітки та черевної порожнини, КТ з контрастуванням, ЯМР-дослідження, отримані основні критерії гомеостаза, центральної гемодинаміки, дихання. Визначені особливості змін абдомінальних органів шляхом світлової мікроскопії та ультрамікроскопії з морфометричним дослідженням біоптатів. ЕКГ та ВЕМ, ендоскопія, лапароскопія виконувались за вимогами діючих інструктивних норм. Морфометричне вивчення змін вінцевих артерій серця проведено згідно програми клініко-анатомічного вивчення епідеміології і патології атеросклерозу. Застосували методи математичної статистики з розрахунками атрибутивних і кількісних ознак. Зведення результатів проведено на ПК «IBM Z60m» за допомогою прикладних програм Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Проспективно-ретроспективне дослідження і критична оцінка госпітальних ускладнень та летальності в спеціалізованих хірургічних клініках проведена для упередженої оцінки фатального рівня операційного ризику, визначення межі операбельності хворих з прогресуючими та ускладненими абдомінальними захворюваннями і різними формами ІХС, що дозволяє об'єктивізувати лікувально-діагностичну хірургічну тактику, визначити вагомі ФР оперативного лікування.

Серед 272 клінічних спостережень фатального рівня операційного ризику після консервативного і оперативного лікування, оперативна

активність становила 80,15%, рівень релапаротомій 48 (22,04%), 54 (19,85%) померлих не оперовані з різних причин, табл. 1. Як видно з таблиці більшість хворих мали абсолютні покази до оперативного лікування, не зважаючи на рівень операційного ризику. Складність оцінки відмінності високого від фатального рівня ризику стало основною причиною оперативного лікування. Була група з 12 (4,41%) осіб у яких до операції діагноз не встановили, що стало показом до діагностичної лапаротомії, як першого етапу хірургічного лікування і виконання, в т.ч. у 3 (25,0%) випадках релапаротомії. Максимальна оперативна активність була при гострому апендициті, рецидиві виразки та раку шлунка; раку шлунка, товстої та прямої кишки, де спостерігали високий рівень релапаротомій. Максимальний відсоток релапаротомій – 60,0% проведено при рецидиві раку та виразки шлунка. Загальна кількість проведених релапаротомій становила 48 (22,04)% випадків.

Таблиця 1

Захворювання, оперативна активність та частота релапаротомій при кардіальних факторах ризику

Захворювання	N	Операції		Релапаротомії	
		абс.	%	абс.	%
Патологія не встановлена до операції	12	12	100	3	25
Гострий апендицит	4	4	100	2	50
Защемлені та невправимі грижі	19	18	94,74	3	16,67
ЖКХ, хронічний рецидивуючий холецистит	21	16	76,19	3	18,75
ЖКХ, гострий холецистопанкреатит	24	19	79,17	4	21,05
Гострий панкреатит	18	15	83,33	2	13,33
Гостра непрохідність кишечника	22	20	90,9	2	10,0
Гострий тромбоз мезентеріальних судин	17	12	70,59	2	16,67
Перфоративна гастродуоденальна виразка	29	20	68,97	2	10,0
Стеноз, пенетрація гастродуоденальної виразки	20	9	45,0	4	44,45
Рецидив виразки та раку шлунка	5	5	100	3	60,0
Рак шлунка	23	23	100	7	30,43
Перфорація раку товстої кишки	12	7	58,33	4	57,14
Рак товстої кишки	15	15	100	3	20,0
Рак прямої кишки	11	11	100	3	27,27
Рак органів ГПБЗ*	20	12	60,0	1	8,33
Всього.	абс.	272	218	48	
	%		80,15	22,04	

Примітка: *ГПБЗ – гепатопанкреатобіліарна зона

Аналіз кардіальних факторів ризику показав, табл. 2, що у хворих ІМ в анамнезі становив 24,63%, СК напруги та спокою діагностували у 26,14% спостережень, гострий післяопераційний ІМ – 2,29%, минуці післяопераційні розлади вінцевого кровообігу – 7,34% випадків. Слід

наголосити, що перенесений ІМ у 58,3% спостерігали при невстановленому діагнозі, що подібно кількості ІМ при раку товстої кишки та рецидиві виразки і раку шлунка. Гострий післяопераційний ІМ у більшості випадків спостерігався при гострому тромбозі мезентеріальних судин – 25,0%. Трансмуральний ІМ став основною причиною розвитку гострої післяінфарктної аневризми ЛШ. При гострій непрохідності кишок спостерігали СК напруги та спокою II-III ФК та НСК у 90,9% випадків.

Таблиця 2

Динаміка кардіальних факторів ризику у хворих на складні абдомінальні захворювання

Захворювання	N	ІМ в анамнезі		Гострий післяопераційний ІМ		Минулі післяопераційні розлади ВК		Гостра післяінфарктна аневризма ЛШ		СК напр. та спок. II-III ФК, НСК	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Патологія не встановлена до операції	12	7	58,33	-	-	-	-	-	-	-	-
Гострий апендицит	4	1	25,0	-	-	-	-	1	100	3	75,0
Защемлені та невправимі грижі	19	9	47,37	1	5,56	4	22,22	-	-	17	99,44
ЖКХ, хронічний рецидивуючий холецистит	21	5	23,81	-	-	8	50,0	-	-	3	14,3
ЖКХ, гострий холецистопанкреатит	24	7	29,17	-	-	-	-	1	14,28	-	-
Гострий панкреатит	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ГНК	22	6	27,27	-	-	-	-	1	16,66	100	90,9
Гострий тромбоз мезентеріальних судин	17	4	23,53	3	25,0	-	-	4	100	-	-
Перфоративна виразка шлунка і ДПК	29	6	20,69	1	5,0	-	-	-	-	14	70,0
Стеноз, пенетрація виразки шлунка, ДПК	20	3	15,0	-	-	-	-	1	33,33	-	-
Рецидив виразки та раку шлунка	5	3	60,0	-	-	-	-	1	33,33	-	-
Перфорація раку товстої кишки	23	-	-	-	-	4	17,39	-	-	-	-
Рак товстої кишки	12	2	16,67	-	-	-	-	-	-	-	-
Рак прямої кишки	15	8	53,33	-	-	-	-	-	-	-	-
Рак органів ГПБЗ	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Всього, абс.	20	6	30,0	-	-	-	-	6	100	-	-
%	272	67	24,63	5	2,29	16	7,34	15	22,38	57	26,14

На фоні ІХС виявили достовірне збільшення післяопераційних порушень ритму і провідності – 42,20%, які до операції діагностували у 22,4% спостереженнях. Ці зміни виникли у хворих, які мали у 27,9% випадків гіпертрофію міокарду та дилатацію серця. Максимальна кількість порушень ритму і провідності до операції діагностована при раку прямої кишки – 63,6%, а післяопераційні зміни найбільше зросли при гострому тромбозі мезентеріальних судин – 91,66%. Гіпертрофію міокарда діагностували при раку прямої кишки в усіх хворих, серед не діагностованої абдомінальної патології – 58,3%, ЖКХ, хронічному рецидивуючому холециститі – 61,9% випадків.

Таблиця 3

Особливості порушень ритму та провідності, гіпертрофії та дилатації серця у хворих на прогресуючі та ускладнені абдомінальні захворювання

Захворювання	Доопераційні порушення ритму і провідності		Післяопераційні порушення ритму і провідності		Гіпертрофія міокарда, дилатація серця		Тромбоз ЛШ, тромбосиндрок		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
	п								
Патологія не встановлена до операції	12	3	25,0	4	33,33	7	58,33	-	-
Гострий апендицит	4	2	50,0	2	50,0	2	50,00	1	25,0
Защемлені та невідправимі грижі	19	7	26,84	8	44,44	-	-	-	-
ЖКХ, хронічний рецидивуючий холецистит	21	1	4,76	2	12,5	13	61,9	-	-
ЖКХ, ГХП	24	12	50,0	16	54,21	-	-	-	-
Гострий панкреатит	18	7	38,88	11	73,33	4	22,22	-	-
ГНК	22	3	13,63	3	15,0	-	-	-	-
ГТМС	17	2	11,76	11	91,66	1	5,82	1	8,33
Перфоративна виразка шлунка і ДПК	29	2	6,89	5	25,0	-	-	-	-
Стеноз, пенетрація виразки шлунка, ДПК	20	1	5,0	4	44,44	8	40,0	-	-
Рецидив виразки та раку шлунка	5	2	40,0	2	40,0	-	-	-	-
Рак шлунка	23	5	21,73	6	26,08	13	56,52	-	-
Перфорація раку товстої кишки	12	2	16,66	3	42,85	-	-	-	-
Рак товстої кишки	15	3	20,0	6	40,0	9	60,0	-	-
Рак прямої кишки	11	7	63,63	7	63,63	11	100	-	-
Рак органів ГПБЗ	20	2	10,0	2	16,66	2	10,0	-	-
Всього, абс.	272	61		92		76		2	
%			22,4		42,20		27,9		0,91

Важлива залежність між летальними наслідками та ураженням вінцевих артерій серця, табл. 4. Серед атеросклеротичних уражень стенотичні зміни просвіту ЛВА та ПВА понад 60% були у 28,3% хворих, оклюзійно-стенотичні зміни ЛВА понад 60-90% виявили у 16,5% випадків, подібну кількість спостерігали в ПВА – 13,9% випадків. Неможливість хірургічної корекції змін ВА серця діагностували у 25,4% хворих через звіти та тонкі з малим просвітом вінцеві артерії. Ці зміни найбільш характерні для хворих з ГНК – 63,6% спостережень. Прояви серцевої недостатності з ХНК, характерні для хворих з невстановленим діагнозом – відповідно 58,3 і 16,7%, при гострому панкреатиті – 50 і 11,1%.

Таблиця 4

Особливості уражень та змін вінцевих артерій серця у хворих фатального операційного ризику

Захворювання	N		Стеноз ЛВА, ПВА 30-50%		Стеноз ЛВА, ПВА понад 60%		Стеноз ЛВА 60-90%		Стеноз ПВА 60-90%		Звіти та тонкі ВА	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Патологія не встановлена до операції	12	1	8,3		2	16,7	2	16,7	2	16,7	5	41,7
Гострий апендицит	4	3	75		-	-	-	-	1	25	-	-
Защемлені та невірні грижі	19	2	10,5		7	36,8	3	15,8	4	21,1	3	15,8
ЖКХ, хронічний рецидивуючий холецистит	21	5	23,8		8	38,0	-	-	1	4,7	7	33,3
ЖКХ, гострий холецистопанкреатит	24	2	8,3		5	20,8	7	29,2	2	8,3	8	33,3
Гострий панкреатит	18	6	33,3		7	36,8	-	-	1	5,5	4	22,2
ГНК	22	2	9,0		3	13,6	2	9,0	1	4,5	14	63,6
ГТМС	17	3	17,6		2	11,8	1	5,9	3	17,6	8	47,1
Перфоративна виразка шлунка і ДПК	29	2	6,9		9	31,0	7	24,1	4	13,8	7	24,1
Стеноз, пенетрація виразки шлунка, ДПК	20	2	10,0		6	30,0	5	25,0	4	20,0	3	15,0
Рецидив виразки та раку шлунка	5	2	40,0		1	20,0	-	-	1	20,0	-	-
Рак шлунка	23	4	17,4		3	13,0	7	30,4	3	13,0	6	26,1
Перфорація раку товстої кишки	12	1	8,3		2	16,7	3	25,0	2	16,7	4	33,3
Рак товстої кишки	15	1	6,7		2	13,3	8	66,7	4	33,3	-	-
Рак прямої кишки	11	6	54,5		3	27,3	-	-	2	18,2	-	-
Рак органів ГПБЗ	20	-	-		17	85	-	-	3	15	-	-
Всього	272	42	15,4		77	28,3	45	16,5	38	13,9	69	25,4

Загалом кількість тяжких хворих з СН становить 12,1%, яка у 4,58% випадків після хірургічних втручань ускладнилась ТЕЛА, гнійним перикардитом – 2,9%, важко коригованою ХНК – 3,3% спостережень, табл. 5. Дана статистика підтверджує складність проведення абдомінальних операцій внаслідок розвитку та прогресування ускладнень табл. 5. З 272 обстежених 218 (80,15%) прооперовані, їм проведені – 48 (22,04%) релапаротомій, така кількість досить демонстративна для розуміння необхідності удосконалення оцінки операційного ризику, інтраопераційної тактики. З таблиці видно, що на фоні хронічної серцевої недостатності виникають досить складні для лікування серцево-судинні ускладнення – гнійний перикардит та післяопераційна ТЕЛА, які потребують постійного післяопераційного моніторингу та залучення до консилиумів кардіохірургів для визначення тактики лікування.

Таблиця 5

Частота серцевої недостатності, хронічної недостатності кровообігу, судинних та гнійно-септичних післяопераційних ускладнень

Захворювання	n	СН, НК II А-Б стадії		ХНК II А-Б стадії		Гнійний перикардит		ТЕЛА після операції	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Патологія не встановлена до операції	12	7	58,3	2	16,7	1	8,3	-	-
Гострий апендицит	4	3	75	1	25	-	-	-	-
Зашемлені та несправні грижі	19	-	-	2	10,5	-	-	3	16,66
ЖКХ, хронічний рецидивуючий холецистит	21	-	-	2	9,5	3	14,3	-	-
ЖКХ, гострий холецистопанкреатит	24	-	-	-	-	-	-	2	10,52
Гострий панкреатит	18	9	50	2	11,1	-	-	-	-
Гостра непрохідність кишок	22	3	13,6	-	-	-	-	-	-
Гострий тромбоз мезентеріальних судин	17	-	-	-	-	-	-	2	16,66
Перфоративна гастродуоденальна виразка	29	3	10,3	-	-	1	3,4	-	-
Стеноз, пенетрація гастродуоденальної виразки	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Рецидив виразки та раку шлунка	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Рак шлунка	23	5	21,7	-	-	2	8,7	-	-
Перфорація раку товстої кишки	12	-	-	-	-	-	-	-	-
Рак товстої кишки	15	3	20	-	-	-	-	3	20
Рак прямої кишки	11	-	-	-	-	1	9,1	-	-
Рак органів ГПБЗ	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Всього, абс.	272	33		9		8		10	
%		12,13		3,30		2,94		4,58	

Найбільший відсоток релапаротомій спостерігається при рецидиві захворювань – раку та виразки шлунка, перфорації раку товстої кишки, пенетрації гастродуоденальної виразки. Ці захворювання досить проблемні для хірургічного лікування, табл. 6. Особливу увагу при хірургічному лікуванні гострих та прогресуючих абдомінальних захворюваннях необхідно зосереджувати на перфоративній гастродуоденальній виразці, раку шлунка, гострому апендициті, раку товстої кишки в т.ч. з перфорацією; раку прямої кишки, при лікуванні ЖКХ, ревізії органів черевної порожнини, остання за нашими даними стала причиною смерті у 6,38% випадків через не діагностовану перфоративну гастродуоденальну виразку, шлункову кровотечу та неспецифічний виразковий коліт. Видно, що обмежене застосування активної інструментальної діагностики у тяжкої категорії хворих не дозволяє в повній мірі реалізувати можливості малотравматичних хірургічних технологій для корекції фатального операційного ризику.

Таблиця 6

Хірургічні захворювання як фактори ризику релапаротомії

Захворювання	N		Стать		Оперовані	Релапаротомія
	абс.	%	ч	Ж		
Патологія не встановлена до операції	12	4,5	10	2	12	3 (25%)
Перфоративна виразка шлунка і ДПК	29	10,9	12	17	20	2 (10%)
Пенетрація виразки шлунка, ДПК	20	3,7	16	4	9	4 (44,44%)
Рак шлунка	23	9,4	17	8	23	7 (30,43%)
Рецидив раку шлунка та виразки ДПК	5	2,3	4	1	5	3(60%)
Гострий апендицит	4	1,5	4	-	4	2 (50%)
Защемлена та невправима грижа	19	7,2	3	16	18	3 (16,66%)
Гостра непрохідність кишок	22	8,3	16	6	20	2 (10%)
Гострий тромбоз мезентеріальних судин	17	6,4	14	3	12	2 (16,66%)
Перфорація раку товстої кишки	12	4,5	2	10	7	4 (57,14%)
Рак товстої кишки	15	5,6	9	6	15	3 (20%)
Рак прямої кишки	11	4,1	6	5	11	3 (27,27%)
ЖКХ, хронічний рецидивуючий холецистит	21	7,9	4	17	16	3 (18,75%)
ЖКХ, гострий холецистопанкреатит	24	9,0	2	20	19	4 (21,05%)
Гострий панкреатит	18	6,8	11	7	15	2 (13,33%)
Рак органів ГПБЗ	20	7,5	14	6	12	1 (8,33%)
Всього	272		144	128	218	48 (22,04%)

Серед 218 операцій спостерігали 86 (39,44%) фатальних хірургічних ускладнень, табл. 7. Розподіл ускладнень на 3 групи, відносно особливостей лікувально-діагностичної тактики показав, що кровотеча становила 11 (12,79) випадків, перитоніт – 46 (53,49%), внутрішньочеревні абсцеси – 29 (33,72%), особливу увагу необхідно звернути на кількість неадекватної ревізії ОЧП. В 1 (8,33%) випадку спостерігали кровотечу з холецистоєюноанастомозу. Представлені спостереження вказують на обмежену можливість удосконалення результатів хірургічного лікування більшості пацієнтів на рак гепатопанкреатобіліарної зони через занедбаність захворювання, неможливість проведення радикальних операцій, в т.ч. внаслідок прогресуючої стенокардії. Дослідження причин незадовільних результатів лікування хворих фатального ризику через поліорганне ураження демонструє ефективність хірургічного методу лікування, незважаючи на летальність через ФР оперативного лікування: оперативна активність в групі склала на 218 (80,15%), 54 (19,85%) померли при консервативному лікуванні внаслідок протипоказу та відмови від операцій. З 272 хворих прогресуючу ІХС мали 95 (35,55%), ГХ з прогресуючим перебігом – 55 (20,59%) обстежених, ІМ в анамнезі, в т.ч. неодноразовий – 56 (20,97%), 25 (9,36%) хворих – післяінфарктну гостру та хронічну Ан ЛШ та післяопераційний ГІМ – 2 (2,29%) хворих. Дослідження ВА серця дозволило виявити у 116 (43,44%) хворих гемодинамічно значимі атеросклеротичні ураження, які згідно кардіохірургічної тактики потребували інструментально-кардіохірургічної корекції. Встановлено, що незалежно від хірургічного захворювання спостерігається кореляційний зв'язок ($r=0,91$) між розвитком післяопераційних ускладнень та атеросклеротичним ураженням ВА.

Причини ускладнень хірургічного лікування хворих фатального рівня операційного ризику

	Ускладнення	Причина	N	%		
I	Внутрішньочеревна та шлунково-кишкова кровотеча	Кровотеча після прошивання вен стравоходу	1	9,09		
		Внутрішньочеревна гематома	2	18,18		
		Кровотеча з гепатосюноанастомозу	1	9,09		
		Кровотеча після холецистектомії	1	9,09		
		Кровотеча після резекції шлунка	6	54,55		
II	Перитоніт	Неадекватна ревізія органів черевної порожн.	8	17,39		
		Недостатність тонко-тонкокишкового анастомозу	1	2,17		
		Ятрогенне uszkodження тонкої кишки	1	2,17		
		Панкреонекроз після холецистектомії, холедохотомії, ТДПСТ	1	2,17		
		Панкреонекроз внаслідок ЖКХ, резидуального каменя холедоха	3	6,52		
		Недостатність гастродуоденоанастомозу	10	21,74		
		Недостатність гастроєюноанастомозу	3	6,52		
		Недостатність гастродуоденоанастомозу, панкреонекроз	1	2,17		
		Недостатність товсто-тонкокишкового анастомозу	3	6,52		
		Недостатність швів прямої кишки при ЧАРПК	1	2,17		
		Недостатність швів при низькій резекції прямої кишки	1	2,17		
		Панкреонекроз	13	28,26		
		III	Внутрішньочеревні Абсцеси	Недостатність кукси червоподібного Відростку	3	10,34
				Інфільтрат після холецистектомії, холедохотомії	4	13,79
Товсто-тонкокишкова норія після ХФ	1			3,45		
Недостатність сигмостоми, товсто-товстокишкового анастомозу, панкреонекроз	3			10,34		
Недостатність стравохідно-кишкового Анастомозу	5			17,24		
Недостатність товстокишкового шва	4			13,79		
Недостатність цекостоми	4			13,79		
Недостатність сигмостоми	3			10,34		
Недостатність єюностоми	2			2,89		

Висновки

Таким чином, позитивні результати хірургічного лікування хворих можливі при корекції кардіальних ФР, попередженні гнійно-септичних процесів, в т.ч. системи дихання, запобігання прогресування хірургічної патології з гнійним ускладненням, які є ФР технічного виконання

операцій. Своєчасною кардіохірургічною корекцією уражень ВА серця у 116 (43,44%) хворих можна, на основі проспективно-ретроспективного аналізу, знизити летальність на 40,54%, враховуючи, що подібні операції проводяться з летальністю 1,4-2,9%. Результати дослідження вказують на необхідність втілення активно-профілактичної лікувально-діагностичної хірургічної тактики для запобігання розвитку поліорганної патології та зниження операційного ризику.

Література

1. Везирова З.Ш., Аббанов Ф.Э., Гасанов Р.Д. Оценка факторов риска сердечно-сосудистых осложнений в абдоминальной хирургии / / Клиническая хирургия. – 2001. – № 12. – С. 43-46.
2. Бондарев Р.В. Морфометрические критерии оценки тяжести течения разлитого перитонита // Український медичний альманах. – 2003. – Т.6, № 3. – С.19-23.
3. Ивачев А. С., Ивачева Н. А. Хирургическое лечение больных панкреонекрозом, осложненным парапанкреатитом // Нижегородский мед. журнал. – 2002. – № 1. – С. 106-108.
4. Курбонов К. М., Даминова Н. М., Абдулюев Дж. А. Диагностика и лечение несостоятельности швов желчеотводящих анастомозов // Клінічна хірургія. – 2009. – № 1. – С.18 – 22.
5. Клинико-экономическая эффективность терапевтического и хирургического методов лечения больных язвенной болезнью 12-перстной кишки / Полоус Ю.М., Шидловский В.А, Курко В.С. и др. / / Клинич. хирургия. – 1989. – № 8. – С.22-26.
6. Комаров Н.В., Терентьев В.А. Объективная оценка деятельности хирурга стационара // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. – 2000. – Т.159, № 2. – С.97-100.
7. Морально-этические и правовые аспекты профессиональной деятельности врача-хирурга / Бондаренко Н.М., Баранник С.И., Бижко И.П. и др. // Харківська хірургічна школа. – 2002. – № 2(3). – С. 23-25.
8. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки: Постанова Кабінету міністрів України № 14 від 10.01.2002 р. // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров’я. – 2002. – Квітень. – С. 3-47.
9. Della Katta R.K. Risk of postoperative upper gastrointestinal tract hemorrhage in patients with active peptic ulcer disease undergoing nonulcer surgery // Arch. Intern. Med. – 1993. – Vol.153, № 18. – P. 2141-2144.

Summary. *Extraordinarily actual for modern surgery clinical material of results is in-process presented treatment diagnostic surgical tactic for patients with an operating risk. With application of modern methods of inspection found out research the significant cardiac factors of risk, which for patients with making progress and abdominal diseases are complicated considerably limit the choice of intraoperative tactic and become reason of development of fatal postoperative complications as a result of decompensation of the cardiovascular system, complications of which grow both on a background abdominal pathology and as a result of traumatic operation. Authors consider introduction of active surgical tactic effective direction of prevention of fatal complications for the corrections of cardiac and surgical factors of risk.*

Key words: *Operating risk, surgical complications, atherosclerosis of coronary arteries.*

Резюме. *В работе представлен чрезвычайно актуальный для современной хирургии клинический материал результатов лечебно-диагностической хирургической тактики у больных с операционным риском. Исследованием с применением современных методов обследования обнаружены весомые кардиальные факторы риска, которые у больных прогрессирующими и усложнены абдоминальные заболевания, значительно ограничивают выбор интраоперационной тактики и становятся причиной развития фатальных послеоперационных осложнений в результате декомпенсации сердечно-сосудистой системы, осложнения которых растут как на фоне абдоминальной патологии, так и в результате травматичности операции. Действенным направлением предотвращения фатальных осложнений авторы считают внедрение активной хирургической тактики по коррекции кардиальных и хирургических факторов риска.*

Ключевые слова: *Операционный риск, хирургические осложнения, атеросклероз венечных артерий.*