

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У хворих на пупкову грижу, незалежно від виду пластики грижового дефекту, "якість життя" достовірно покращилась після операції.
2. Рецидив грижі погіршує якість життя пацієнтів після операції.
3. Показники фізичного компоненту здоров'я були вищими у пацієнтів після алопластики грижового дефекту у терміни 6 місяців, 1 та 3 роки ($p < 0,05$); показники психоло-

гічного компоненту здоров'я були вищими у пацієнтів після алопластики грижового дефекту впродовж усіх термінів анкетування ($p < 0,05$). 4. Фізичний показник здоров'я у основній групі зростав стрімко впродовж усіх термінів спостереження, а в групі порівняння стрімке зростання показника відмічено лише через 1 рік після операції.

Перспективою наукового пошуку та подальших розробок є вивчення якості життя у хворих на пупкову грижу після імплантації різних видів сіткових імплантатів та з різними способами фіксації ендопротезів.

Список літератури

Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF - 36 (результаты моноцентрового исследования качества жизни "МИРАЖ" /В.Н.Амирджанова, Д.В.Горячев, Н.И. Коршунов [и др.] //Научно-практическая ревматология. - 2008. - №1. - С. 36-48.

Ермильчев А.А. Технические особенности выполнения лапароскопической холецистектомии при наличии пупочной грыжи /А.А.Ермильчев, В.В.Кравченко, Г.А.Попенко /Клінічна хірургія. - 2004. - №2. - С. 8-10.

Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. Институт клинично-фармакологических исследований [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.evidence-cpr.com/question/sf-36_guidelines.pdf доступна 15.03.2007.

Саенко В.Ф. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки /В.Ф.Саенко, Л.С.Белянский, Н.Н.Манойло /Клінічна хірургія. - 2001. - №6. -С. 59-63.

Федорчук О.Т. Оптимізація алогерніопластик при грижах різної локалізації /О.Т.Федорчук, Б.Л.Шевчук /Шпитальна хірургія. - 2011. - №1. - С. 88-89.

SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide /[Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. et al.]. - Boston: The Health Institute, New England Medical Center Mass, 1993.

Ware J.E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual /Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. - Boston: The Health Institute, New England Medical Center Mass, 1994.

Калиновский С.В.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ

Резюме. Качество жизни изучено у 208 больных пупочной грыжей с помощью анкеты SF-36. Проведено сравнение показателей физического и психического компонентов здоровья, а также их стандартизированных составных у пациентов после аутопластичного и алопластичного закрытия грыжевого дефекта пупочной грыжи. Доказано, что у больных после операции по поводу пупочной грыжи "качество жизни" постепенно улучшается. Показатели "качества жизни" у пациентов после алопластики грыжевого дефекта пупочной грыжи достоверно выше, чем после аутопластики.

Ключевые слова: пупочная грыжа, аллопластика, качество жизни, опросник

Kalinovskyi S.V.

LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER UMBILICAL HERNIA REPAIR

Summary. Life quality of 201 patients with umbilical hernia was studied by using a questionnaire SF-36. The indicators of the physical and mental health components were analyzed, as well as their standardized components in the patients after autoplasmic and alloplastic umbilical hernia repair. It is proved that "life quality" of the patients after surgical treatment of umbilical hernia is gradually improving. Standardized indicators of patient's "life quality" after alopastic umbilical hernia repair were significantly better than after autoplasmic one.

Key words: umbilical hernia, life quality, alloplastic, SF-36 questionnaire.

Стаття надійшла до друку 28.11.2013р.

Калиновський Сергій Валерійович - аспірант кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 093 744-34-99; Kalina_sv@ukr.net

© Шимон В.М., Сливка Р.М., Ковач В.В., Філіп С.С., Шерегія А.А., Скрипинець Ю.П.

УДК: 616.71-018.46-002:612.392.64]-085.849.19

Шимон В.М., Сливка Р.М., Ковач В.В., Філіп С.С., Шерегія А.А., Скрипинець Ю.П.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", медичний факультет кафедра загальної хірургії (вул. Капушанська, 22, м. Ужгород, Україна, 88000)

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВИСОКОІНТЕНСИВНОГО ЛАЗАРНЕГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ДЛЯ САНАЦІЇ ОСТЕОМІЄЛІТИЧНОЇ РАНИ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ЙОДОДЕФІЦИТУ

Резюме. Робота присвячена актуальній проблемі - покращення результатів лікування післятравматичних остеомієлітів нижніх кінцівок. Клінічний матеріал оснований на обстеженні та лікуванні 26 хворих із післятравматичним остеомієлітом нижніх кінцівок на фоні хронічного йододефіциту, у 11 з яких в лікуванні використані пролонговані регіонарні внутрішньоарте-

ріальні інфузії та високоінтенсивні лазерні технології. Доведена висока ефективність запропонованої методики лікування, що дозволяє відмовитися в більшості випадків від інвалідизуючих операцій, зберегти основні функції нижніх кінцівок.

Ключові слова: остеомієліт, лазер, йододефіцит.

Вступ

Остеомієліт, займає одну з найдраматичніших сторінок світової медицини. Рання, порівняно з іншими патологіями, інвалідизація визначає проблему остеомієліту як одну з основних пріоритетів національних систем охорони здоров'я [Біліченко, 2003; Бояринцев, 2003; Wagner, 2003]. У осіб із відкритими переломами довгих кісток нижніх кінцівок частота остеомієліту становить 10,3-20,4% і має тенденцію до збільшення, при цьому у 15-30% хворих процес переходить у хронічну стадію [Біліченко, 2003; Шапиро, 1993]. В загальній структурі інвалідності наслідків травм опорно-рухового апарату частка остеомієліту становить 13%. [Григорівський, 2007; Солений, 1998].

Медико-біологічне та соціальне значення цієї проблеми пов'язане з еволюцією гнійної інфекції в бік виникнення нових антибіотикостійких штамів [Татаров, 2002], зміною резистентності організму людини [Bevin, 2008; Enninghorst, 2011], зростанням кількості рецидивів захворювання [Біліченко, 2003; Назаров, 2013], що сприяє підвищенню чисельності інвалідів [Леонова, 2012; Леонова, 2013; Шапиро, 1993; Назаров, 2013] та значними витратам часу та коштів на лікування [Солений, 1998; Enninghorst, 2011].

Тривале лікування остеомієлітичного процесу ускладнює перебіг репаративних процесів, що уповільнює консолідацію уламків, зумовлюючи появу дефектів кісток, особливо на фоні хронічного йододефіциту у жителів гірських місцевостей [Анипченко, 2007]. Найпоширенішими ускладненнями остеомієлітичного процесу є порушення венозного та артеріального кровообігу, лімфовідтоку та розлади мікроциркуляції в ураженій кінцівці [Біліченко, 2003; Wagner, 2003]. Зважаючи на це - остеомієліт, сьогодні, набув ознак "захворювання кінцівки", а остеомієлітичний дефект, поправу, називають "остеомієлітичною раною" [Батаков, 2008; Бідненко, 2002; Melvin, 2010].

Тому пошуки нових способів лікування остеомієліту, які б поєднували ефективну стимуляцію мікроциркуляторного судинного русла кінцівки, посилення дії

антибіотиків на мікрофлору у вогнищі запалення, стимуляцію імунізаційних процесів організму, зменшення інтоксикації є виправданими. Зокрема використання малоінвазивних, сануючих, лазерних заходів дає можливість уникати значних травматичних операцій в лікуванні хворих, виснажених тривалою остеомієлітичною хворобою.

Мета роботи - покращення результатів лікування хворих з остеомієлітом на фоні хронічного йододефіциту.

Матеріали та методи

На базі кафедри загальної хірургії медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет" за період з 2011 до 2013 року лікувалося 26 хворих із хронічним післятравматичним остеомієлітом кісток нижніх кінцівок на фоні хронічного йододефіциту, у 11 (42,4%) з яких, в лікувальному комплексі, поряд із регіонарним введенням кістковотропних антибактеріальних, судиннорозширюючих, знеболюючих, імуністимулюючих препаратів, було використано малоінвазивні оперативні втручання (обробка норицевих ходів, обробка секвестральних порожнин, секвестрэктомія, секвестротріпсія) із використанням високоінтенсивного лазерного випромінювання.

Вік хворих - від 23 до 67 років; чоловіків було 21 (80,7%), жінок - 5 (19,3%). У 23 (88,4%) хворих було констатовано хронічний післятравматичний остеомієліт кісток гомілки, а у 3 (11,6%) - стегна.

Усі хворі були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 15 (57,6%) хворих, що отримували загальноприйняте лікування, яке полягало у проведенні санації вогнища гнійно-некротичного процесу, антибактеріальної, дезінтоксикаційної та судинної терапії, що проводилась внутрішньовенним, пункційним внутрішньоартеріальним та внутрішньом'язовим шляхами.

У лікуванні другої, основної групи пацієнтів, 11 (42,4%) хворих, було використано методику, яка включала, катетеризацію а. epigastrica inferior із послідуємим про-

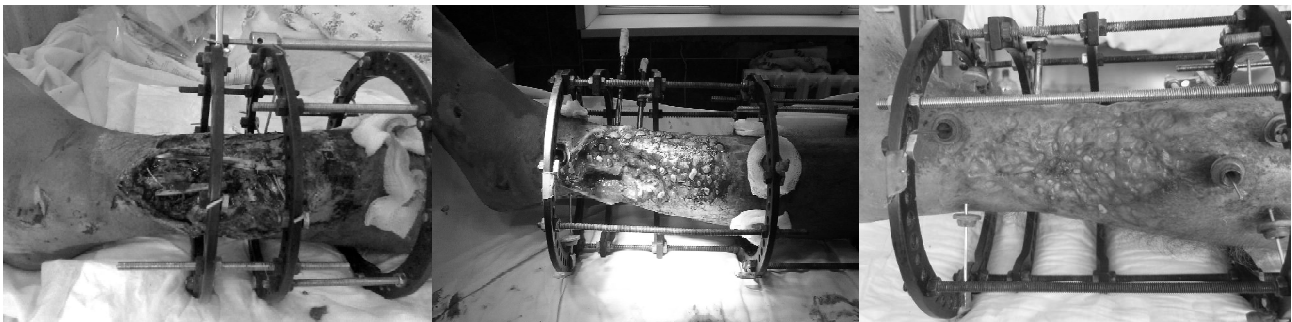


Рис. 1. Хворий Д. Післятравматичний остеомієліт кісток правої гомілки. Скальпована рана правої гомілки. Динаміка ранового процесу.

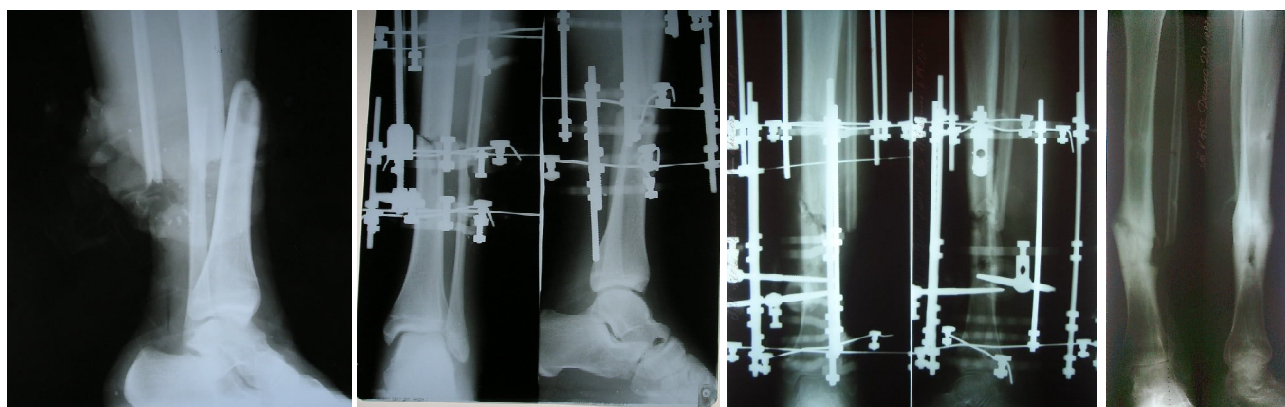


Рис. 2. Хворий Д. Післятравматичний остеомієліт кісток правої гомілки. Скальпована рана правої гомілки. Рентгенологічна динаміка.

лонгованим регіонарним введенням антибактеріальних та судинних препаратів за допомогою інфузоматів. Антибактеріальна терапія проводилась із урахуванням чутливості мікроорганізмів; перевага надавалась остеотропним препаратам (лінкоміцин, кліндаміцин). Метою хірургічного втручання була ліквідація остеомієлітичного вогнища без застосування великих травматичних, "кровавих" операційних доступів за допомогою джерела високоінтенсивного лазерного випромінювання інфрачервоного спектру "Ліка-хірург" та кварц-полімерного моноволоконного світловоду, уведеного через шкіру або норицевий хід під контролем рентгенологічних методів дослідження, у ході якого проводилась лазерна обробка норицевих ходів, секвестральних порожнин, вапоризація поодиноких секвестрів.

Під час дослідження оцінювали динаміку ранового процесу, рентгенологічну динаміку, показники ендогенної інтоксикації за рівнем середньомолекулярних пептидів (СМП), показники імунного захисту організму за рівнем співвідношення Т-хелперів до Т-супресорів, показники гуморального імунітету за рівнем циркулюючих імунних комплексів (ЦІК). Отримані результати

порівнювали із групою клінічно здорових людей, які відповідали по віковій та статевій належності.

Результати. Обговорення

У результаті проведеного лікування спостерігали прискорення динаміки ранового процесу у хворих другої групи, що проявлялося у скороченні строків загоєння нориць (їх очищення, появи грануляції та початку епітелізації) (рис. 1). Рентгенологічно констатували репаративні зміни та прискорення регенерації кістки, на 22-23 добу після травми (рис. 2). Поряд із цим утворення первинного кісткового мозоля у хворих контрольної групи, згідно рентгенологічної динаміки, наступало на 32-35 добу після травми.

Рівень ендотоксикозу оцінювали за вмістом у крові СМП, які являють собою ендогенні сполуки із середньою молекулярною масою від 500 до 5000 дн, вміст яких збільшується при наростанні інтоксикаційного синдрому.

У хворих із клінікою післятравматичного остеомієліту при наростанні інтоксикації у крові різко зростає рівень СМП, при чому в основному за рахунок пулу, який виз-

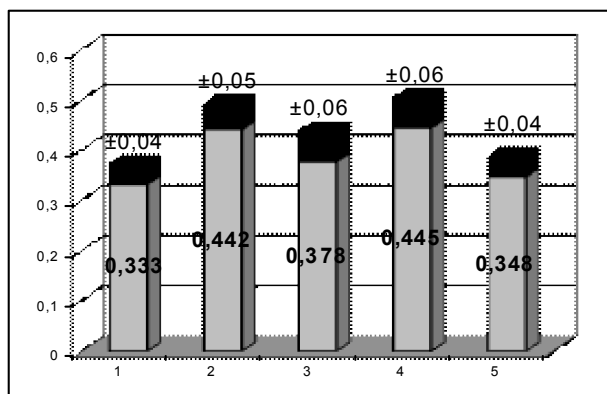


Рис. 3. Динаміка вмісту у крові СМП у хворих з остеомієлітом нижніх кінцівок.

Примітки: 1 - здорові; 2 - контрольна група до лікування; 3 - контрольна група після лікування; 4 - основна група до лікування; 5 - основна група після лікування.

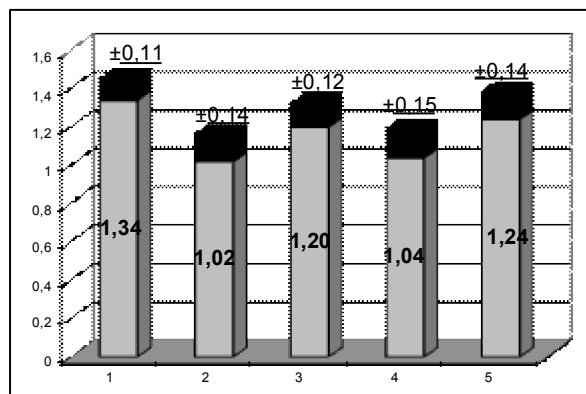


Рис. 4. Динаміка Tx/Tc у хворих з остеомієлітом нижніх кінцівок.

Примітки: 1 - здорові; 2 - контрольна група до лікування; 3 - контрольна група після лікування; 4 - основна група до лікування; 5 - основна група після лікування.

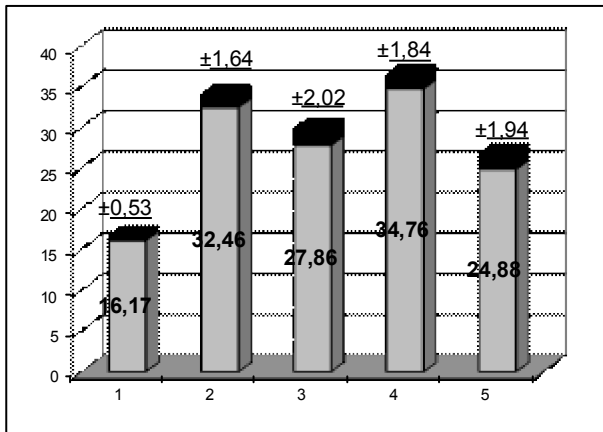


Рис. 5. Динаміка ЦІК у хворих з остеомиєлітом нижніх кінцівок.

Примітки: 1 - здорові; 2 - контрольна група до лікування; 3 - контрольна група після лікування; 4 - основна група до лікування; 5 - основна група після лікування.

начається на довжині хвилі 254 нм і характеризує токсичні властивості крові - до $0,442 \pm 0,05$ у хворих першої (контрольної) групи та $0,445 \pm 0,06$ у другій (основній) групі; у здорових - $0,333 \pm 0,04$ (рис. 3).

У хворих із клінікою післятравматичного остеомиєліту на фоні зменшення загальної кількості лімфоцитів (до $21,6 \pm 0,64$, у здорових - $44,4 \pm 0,79$) мало місце різке зменшення кількості Тх при помірному зменшенні Тс та відповідним зменшенням до $1,02 \pm 0,14$ у хворих першої групи та $1,04 \pm 0,15$ у другій (основній) групі (у здо-

рових $1,34 \pm 0,12$) їхнього співвідношення (Тх/Тс). В крові зростає рівень ЦІК до $32,46 \pm 1,64$ у хворих першої групи та $34,76 \pm 1,84$ у другій (основній) групі; у здорових $16,17 \pm 0,53$ (рис. 4).

Після лікування має місце тенденція до нормалізації співвідношення Тх/Тс до $1,20 \pm 0,12$ у хворих першої групи та до $1,24 \pm 0,14$ - у другій (основній) групі. Зменшується рівень ЦІК у крові - до $27,86 \pm 2,02$ у хворих першої групи та $24,88 \pm 1,94$ - у основній групі, але ці показники не досягають показників здорових людей (рис. 5).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Використання методики лікування післятравматичного остеомиєліту нижніх кінцівок із використанням пролонгованих регіонарних внутрішньоартеріальних інфузій поряд із застосуванням високоінтенсивного лазерного випромінювання дозволяє швидше усунути вогнище гнійно-некротичного процесу, прискорити динаміку ранового процесу та регенерацію кістки, нормалізувати показники ендотоксикозу, підвищити рівень захисних сил організму, значно скоротити строки лікування, прискорити реабілітацію та відновлення працездатності переважної більшості хворих.

На основі результатів проведеного дослідження оформляється патент на винахід. Запропонована методика лікування впроваджується в лікувальних закладах Закарпатської області.

Список літератури

Анипченко А.Н. Хирургическое лечение остеомиелитических дефектов длинных костей конечностей /А.Н.Анипченко //Хирургия: научно-практический журнал им. Н.И. Пирогова. - 2007. - №3. - С. 35-38.

Батаков Е.А. Современные аспекты комплексного лечения хронического остеомиелита /Е.А.Батаков, И.В.Ишуттов //Казанский медицинский журнал; Гл. ред. Зубаиров Д.М. - Казань, 2008. - Т.89, №1. - С. 41-43.

Бідненко С.І. Мікробіологічний спектр збудників хронічного остеомиєліту довгих кісток верхньої кінцівки та антибіотикотерапія захворювання / С.І.Бідненко, М.П.Грицай, Д.В.Івченко [та ін.] //Укр. мед. альманах. - 2002. -Т.5, №1. - С. 17-20.

Біліченко Л.І. Причини інвалідності при післятравматичному остеомиєліті / Л.І.Біліченко, О.Л.Ісаєнко, Л.М.Сергійчук //Медико-соціальна експертиза та реабілітація інвалідів: Міжвід. зб. наук. пр. - 2003. - Вип.32. - С. 132-135.

Бояринцев В.С. Патогенез остеомиелита / В.С.Бояринцев, С.И.Коноваленко, А.А.Цыбин //Вестник новых медицинских технологий: периодический теоретический и науч.-практ. журнал. - 2003. - №1/2. - С. 61-63.

Григоровский В.В. Гистологические, гистоморфометрические особенности очагов поражения и некоторые клинико-морфологические зависимости при гематогенном остеомиелите длинных костей /В.В.Григоровский, О.М.Линенко //Ортопедия, травматология и протезирование. - 2007. - №1. - С. 56-64.

Леонова С.Н. Хирургическое лечение больных с переломами костей голени, осложненными хирургическим травматическим остеомиелитом / С.Н.Леонова, А.В.Рехов, А.Л.Камека //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2012. - №5. - С. 111-113.

Леонова С.Н. Способы оптимизации репаративного процесса у пациентов с переломами костей голени, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом /С.Н.Леонова, А.В.Рехов, А.Л.Камека //Сибирский медицинский журнал. - 2013. - №1. - С. 71-74.

Назаров Х.Н. Травматический и послеоперационный остеомиелит при сочетанных и множественных повреждениях нижних конечностей /Х.Н.Назаров, С.А.Линник //Научно-практический журнал ТИППМК (Москва). - 2013. - №2. - С. 179-180.

Основные причины первичной инвалидности от травм опорнодвигательной системы у лиц молодого возраста /К.И.Шапиро, Л.Н.Савельев, Г.Г.Эпштейн [и др.] //Ортопедия, травматология и протезирование. - 1993. - №4. - С. 87-89.

Соленый В.И. Медикосоциальная экспертиза и реабилитация больных при хроническом посттравматическом остеомиелите /В.И.Соленый, В.В.Чемирисов //Ортопедия, травматология и протезирование. - 1998. - №9. - С. 20-24.

Татаров О.В. Мікробіологічна структура збудників хронічних травматичних остеомиєлітів [О.В.Татаров //Український медичний альманах (Луганськ). - 2002. - №5. - С. 142-143.

Bevin C.R. Surgical management of primary chronic osteomyelitis: a long-term retrospective analysis /C.R.Bevin, C.Y.Inwards, E.E.Keller //J. Oral. Maxillofac. Surg. - 2008. - Vol.66, №10. - P. 2073-2085.

Lazzarini L. Osteomyelitis in long bones / L.Lazzarini, J.Mader, J.Calhoun //J. Bone and Joint Surg. - 2004. - Vol.86-A (10). - P. 18.

Melvin J. Open tibial shaft fractures: Evaluation and initial wound management /J.Melvin, S.Kovach, S.Mehta //Journal of the Academy of Orthopedic Surgeons. - 2010. - Vol.18 (1). - P. 9-10.

Open tibia fractures: timely debridement leaves injury severity as the only determinant of poor outcome / N.Enninghorst, D.McDougall, J.J.Hunt, Z.J.Balogs //Journal of Trauma: injury infection & critical care. - 2011. - Vol.70,

Issue 2. - P. 352-357.

Wagner C. Posttraumatic osteomyelitis: analysis of inflammatory cells recruited into the site of infection /C.Wagner, K.Kondella, T.Bernschneider //Shock. - 2003. - Vol.20(6). - P. 503-510.

Шимон В.М., Сливка Р.М., Ковач В.В., Филип С.С., Шерегий А.А., Скрипинец Ю.П.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ САНАЦИИ ОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКОЙ РАНЫ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЙОДОДЕФИЦИТА

Резюме. Работа посвящена актуальной проблеме - улучшению результатов лечения посттравматических остеомиелитов нижних конечностей. Клинический материал основан на обследовании и лечении 26 больных с посттравматическим остеомиелитом нижних конечностей на фоне хронического йододефицита, у 11 из которых в лечении использованы пролонгированные регионарные внутриартериальные инфузии и высокоинтенсивные лазерные технологии. Доказана высокая эффективность предложенной методики лечения, позволяющей отказаться в большинстве случаев от инвалидизирующих операций, сохранить основные функции нижних конечностей.

Ключевые слова: остеомиелит, лазер, йододефицит.

Shimon V., Slyvka R., Kovach V., Filip S., Sheregiy A., Skripinets Y.

EXPERIENCE OF USING HIGH-INTENSITY LASER FOR SANATION OSTEOMYELITIS WOUND WITH CHRONICAL DEFICIENCY OF IODINE

Summary. The work is devoted to actual problem - improvement of the results of the treatment of posttraumatic osteomyelitis of lower extremities. The clinical material is based on inspection and treatment of 26 patients with posttraumatic osteomyelitis of lower extremities with chronic deficiency of iodine, in 11 cases of which the prolonged regional endarterial infusion and high-intensity laser technologies were used in treatment. The high efficiency of the offered method of treatment allows to abandon in the most cases incapacitating operations and to save the basic functions of lower extremities, is proved.

Key words: osteomyelitis, laser, deficiency of iodine.

Стаття надійшла до друку 26.11.2013 р.

Шимон Василь Михайлович - д.м.н., проф., завідувач кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 61-62-90; kaftravm@rambler.ru

Сливка Рудольф Михайлович - к.м.н., доцент кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 69-34-41; slyvkarudolf@gmail.com

Ковач Віталій Володимирович - аспірант кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 61-62-90

Філіп Степан Степанович - д.м.н., проф. кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 69-34-41; filip.uz.@i.ua.

Шерегий Андрій Андрійович - к.м.н., доц. кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 61-62-90; kaftravm@rambler.ru

Скрипинець Юрій Петрович - к.м.н., доцент кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 69-34-41

© Иващенко В.В., Иващенко А.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мл.)

УДК: 616.366-002-036.11:616.36-008.61]-072.1-089.85

Иващенко В.В., Иващенко А.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К.(мл.)

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, кафедра общей хирургии (пр. Ильича, 16, г. Донецк, Украина, 83003)

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ В СВЕТЕ 20-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Резюме. В работе на основании 20-летнего опыта лапароскопической хирургии (1993-2013) у 1278 больных с острым холециститом, протекающем на фоне гипербилирубинемии, обосновываются преимущества этапной тактики лечения с выполнением на первом этапе лапароскопической холецистэктомии (устранение очага поражения) с окончательной коррекцией протоковой гипертензии на втором.

Ключевые слова: лапароскопическая хирургия, острый холецистит, гипербилирубинемия, этапность лечения.

Введение

В настоящее время уже нет необходимости доказывать преимущества лапароскопической холецистэк-

томии (ЛХЭ) перед открытой операцией. Но если при хроническом калькулезном холецистите (ХКХ) в веду-