

*М.Д. Желіба, С.Д. Хіміч, О.П. Жученко, А.М. Форманчук, І.Н. Ошовський,
С.В. Слободяник, В.І. Корнійчук, Ф.Т. Муравйов*

*Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. С.Д. Хіміч) Вінницького національного медичного
університету імені М.І. Пирогова*

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХОЛЕЦИСТИТУ

Резюме. Метою дослідження стало проведення аналізу результатів обстеження і лікування хворих на біліарну патологію та виявлення особливостей діагностики і лікувальної тактики у хворих з ускладненими формами холециститу. Аналіз результатів обстеження і хірургічного лікування оснований на 704 хворих, що страждали на холецистит, які знаходилися на лікуванні в клініках загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова в період з 2014 по 2018 рр. Виявлено, що на якість діагностики та хірургічної тактики впливає наявність супутньої патології (ожиріння, асцит), анатомо-топографічні особливості органів та рівень знання лікарями УЗД хірургічної патології. **Ключові слова:** холецистит, холецистектомія, лапароскопічна холецистектомія у людей зі зворотнім розташуванням внутрішніх органів.

Актуальність проблеми біліарної патології залишається високою у зв'язку з постійним збільшенням кількості хворих, особливо літнього і старечого віку, «омолодження» хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), збільшення серед пацієнтів частки чоловіків призвело до того, що в багатьох країнах частота операцій на жовчовивідних шляхах перевищила кількість інших абдомінальних операцій (в тому числі й апендектомії). За останні роки спростився лікувальний алгоритм при ЖКХ: виявлення конкрементів у жовчному міхурі (ЖМ) чи протоках розглядається як показання до хірургічного лікування, до того ж поступово стверджується тактика максимального скорочення доопераційного періоду. Разом з тим, за цим позитивним фактором приховані і негативні моменти, зокрема: диференціальна діагностика основного захворювання, ускладнень і супутньої патології не завжди отримує адекватну оцінку, а це відбивається на виборі оптимальної лікувальної тактики [1-4].

В Україні захворюваність на холецистит посідає третє місце в структурі хірургічних захворювань органів черевної порожнини [5]. У 96-99 % пацієнтів причиною виникнення холециститу є ЖКХ, а вірогідність розвитку ускладнень становить в середньому біля 50 % [6]. Проте в більшості випадків (до 80 %) ЖКХ має асимптомний характер, камені, зазвичай, виявляються випадково під час рутинних візуалізаційних досліджень з приводу інших хвороб органів черевної порож-

нини або ж під час профілактичних оглядів [7]. Багатьма хірургами відмічається відсутність чіткої кореляції між строками виконання операції, клінічними даними і патоморфологічними змінами в стінці ЖМ. Навіть розвиток навколومیхурових гнійних ускладнень і перитоніту протікає асимптомно [8, 9]. Також ретельне клінічне обстеження хворих з яскравими проявами гострого холециститу у 9-13 % випадків не знаходить об'єктивних причин для вираженого болювого синдрому [10, 11]. Не дивлячись на удосконалення техніки лапароскопічних втручань і використання системи профілактичних заходів при відкритих операціях, частота інфекційно-запальних ускладнень і виникнення післяопераційних вентральних гриж залишається високою [12, 13].

Мета дослідження: на основі проведення аналізу результатів обстеження і лікування хворих на біліарну патологію виявити особливості діагностики та лікувальної тактики у хворих з ускладненими формами холециститу.

Матеріал і методи. Проведено аналіз результатів обстеження і хірургічного лікування 704 хворих на холецистит, які знаходилися на лікуванні в клініках загальної хірургії в період з 2014 по 2018 рр. Чоловіків було 251 (35,7 %), жінок – 453 (64,3 %). Згідно класифікації вікових груп (ВООЗ, 2015 р.) хворі розподілялися наступним чином: молодого віку – 124 (17,6 %), зрілого – 321 (45,6 %), літнього – 197 (28,0 %), старечого – 57 (8,1 %) і довгожителі – 5 (0,7 %). Тривалість за-

хворювання до 1 року спостерігали у 99 (14 %) випадках, до 5 – у 160 (22,7 %), до 10 – у 281 (39,9 %) та більше 10 років – у 110 (15,6 %) пацієнтів. Уперше випадково виявлений завдяки УЗД холелітіаз при безсимптомному його перебігу спостерігався у 54 (7,7 %) пацієнтів.

Діагностичний алгоритм полягав у загально прийнятому клінічному, лабораторному та інструментальному обстеженні (УЗД, ФЕГДС, КТ тощо). Самим доступним й економічно обґрунтованим звичайно є ультразвукове дослідження (УЗД). Крім рівня професіоналізму лікаря, на якість УЗД впливає багато факторів, одним з яких, є атипове розташування ЖМ, а саме, при високому, латерально зміщеному і внутрішньо печінковому. У таких випадках стандартні положення датчика, прийому сканування, як правило бувають недостатніми для отримання оптимального об'єму інформації. У 52 пацієнтів з такими видами розташування ЖМ нами проводилось УЗ сканування з пошуком додаткових ультрасонографічних вікон доступу до органу. Самим інформативним УЗ-вікном виявилось міжреберне сканування на рівні, відповідному найбільш оптимальної візуалізації міхура на висоті видиху, що не дозволяє йому зміщуватися медіально до кишки.

Окрім різноманітних варіантів розташування ЖМ, труднощі у діагностиці викликає прогресування патологічного процесу у самому органі (деструкція, «відключення» міхура, формування перивезикального інфільтрату і навіть абсцесу). У цьому випадку виникає невідповідність клінічної картини і ступеня прогресування структурних змін у ЖМ. Частіше усього такі «ножиці» спостерігалися у хворих на ожиріння, супутньою серцево-судинною патологією, цукровим діабетом, а також у пацієнтів старечого віку.

З такою особливістю перебігу у 67 хворих віком від 40 до 80 років при УЗД ми звертали особливу увагу на специфічні ультрасонографічні ознаки, а саме: збільшення площі ЖМ більше 25 см², потовщення (більше 4,0 мм) і розширення його стінок, особливо в інтраперитонеальній частині. При «відключенні» міхура, зазвичай, зникають ознаки деформації, перегини і міхур набуває форми по типу «напруження». Вклинні у шийку міхура конкременти не змінювали своє місце розташування при різних положеннях тіла пацієнта.

При повному заповненні об'єму ЖМ конкрементами і його відключенні деталі зміни структури і вміст органа неможливо деталізувати за рахунок загальної акустичної тіні. Тоді орієнтиром прогресування патологічного процесу і деструкції було розширення передньої стінки міхура у ви-

гляді подвійного контуру. Адже важливим фактором є те, що ще до хірургічного втручання потрібно визначити можливий ризик виникнення ускладнень. Для цього ми враховували наявність супутніх захворювань, перенесених хірургічних втручань на органах черевної порожнини і малого таза, масу тіла та інші фактори, що могли сприяти появі ускладнень.

З метою профілактики інфекції в ділянці хірургічного втручання нами запропоновано метод зашивання лапаротомних і троакарних ран з застосуванням монофіламентного шовного матеріалу «Prolene» товщиною 2/0 просоченого сумішшю 0,02 % декасану і димексиду у співвідношенні 4:1 з підапоневротичним розташуванням вузлів (патенти України на корисну модель № 71630 і № 71631).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз клінічного матеріалу показав, що 64,3 % оперованих складають жінки, а за віком (63,2 %) – це особи працездатного віку. До операції за медичною допомогою не зверталися і займалися самолікуванням 66 (9,4 %), а лікувалися амбулаторно 431 (60,2 %) хворих. В умовах стаціонару проходило лікування 153 (21,7 %) особи, з них прооперовано 142 (20,2 %). Класичні клінічні прояви холециститу спостерігалися у 461 (65,6 %) хворих, у 173 (24,6 %) скарги і дані об'єктивного обстеження відповідали захворюванням шлунково-кишкового тракту і ці хворі часто лікувалися у гастроентерологічному відділенні. Три хворих попередньо були госпіталізовані в інфекційне відділення з підозрою на вірусний гепатит. Холецистокардіальний синдром спостерігався у 15 (2,1 %) пацієнтів і вони були спочатку госпіталізовані у кардіологічне, а потім переведені у хірургічне відділення і успішно прооперовані. Безсимптомний перебіг мав місце у 54 (7,7 %) випадках. Таким чином, у 34,4 % хворих були атипові клінічні форми холециститу. Супутні захворювання були виявлені у 278 (39,5 %) хворих: серцево-судинної системи – у 159 (22,6 %); хронічні захворювання дихальної системи – у 115 (16,3 %); захворювання шлунково-кишкового тракту – у 210 (29,8 %) (у тому числі у 16 (2,3 %) пептичні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки; цироз печінки, портальна гіпертензія, асцит – у 5 (0,7 %)); цукровий діабет у 45 (6,4 %); ожиріння – у 72 (10,2 %); грижі передньої черевної стінки – у 36 (5,1 %); спайкова хвороба – у 6 (0,9 %); хронічні захворювання нирок – у 15 (2,1 %); хронічні захворювання малого таза у жінок – у 38 (5,4 %). У більшості хворих поєднувалися по дві і більше патологій.

Перед операцією клінічний діагноз гострого

калькульозного холециститу був встановлений у 115 (16,3 %) хворих, гострий безкм'яний холецистит – у 16 (2,3 %), хронічний калькульозний холецистит – у 567 (80,5 %) та поліпи ЖМ – у 4 (0,6 %). У двох хворих діагностували рак ЖМ.

У переважної більшості пацієнтів лікувальні заходи ґрунтувалися на принципах активної хірургічної тактики. У першу добу від моменту госпіталізації оперовані 92 % хворих, до 48 годин – 6 %, до 72 годин і більше – 4 %. Причинами відтермінування хірургічного втручання були декомпенсація супутніх захворювань, що потребувала тривалої корекції або виражена інтоксикація з розвитком полі органної дисфункції.

Ускладнений перебіг гострого калькульозного холециститу спостерігали у 46 (40,0 %) пацієнтів, в тому числі паравезикальний інфільтрат – у 25 (19,1 %), паравезикальний абсцес – у 10 (7,6 %), перфорація ЖМ з явищами місцевого перитоніту – у 4 (3,1 %), емпієма ЖМ – у 7 (5,3 %).

Ускладнення хронічного холециститу виявлено у 152 (26,8 %) хворих, з них водянка ЖМ – у 42 (27,6 %), зморщений (склерозований) ЖМ – у 16 (10,5 %), виражений спайковий процес у 54 (35,9 %), холедохолітіаз, механічна жовтяниця – у 17 (11,2 %), синдром Mirizzi – у 6 (3,9 %), міхурово-товстокишкова нориця – у 1 (0,6 %). Не діагностовано до операції: рак ЖМ у 2 (0,35 %) хворих, хронічний панкреатит – у 3 (0,53 %), поліпоз ЖМ – у 2 (0,35 %).

Окрім цього у одного хворого (0,15 %) 19.01.2018 року була виконана лапароскопічна холецистектомія у хворого Д., 54 років (мед. карт. стац. хворого №147/46) з діагнозом: «Жовчочкам'яна хвороба. Хронічний калькульозний холецистит. Повне зворотне розташування внутрішніх органів». Розташування печінки і жовчних шляхів зліва потребувало наступних дій: введення троакарів зі зворотно-дзеркальним розташуванням; надзвичайно скрупульозно деталізувати різноманітні анатомічні структури, аби уникнути ятрогенних ушкоджень. Незвичне розташування органів спонукало до незвичних, зайвих рухів (операція проходить «як вперше»), що значно подовжувало час її виконання у 2-2,5 рази. Окрім цього виникає ще одна проблема – з якого боку від пацієнта повинен знаходитися хірург під час хірургічного втручання на органах черевної порожнини у хворих на повну транспозицію внутрішніх органів.

Відкрита холецистектомія виконана у 111 (15,8 %) хворих і лапароскопічна – у 593 (84,2 %). У 18 хворих холецистектомія поєднувалася з холедохолітотомією та накладанням холедоходуоденоанастомози. У 6 хворих накладені обхідні холецис-

тодуодено-, або холецистоєйюноанастомози. У 88 (12,5 %) пацієнтів виконано симультанні операції. Післяопераційних ускладнень не було.

У 19 (2,7 %) пацієнтів застосована конверсія. Причинами конверсії у 9 випадках була неможливість диференціювати та виділити елементи трикутника Кало через щільну інфільтрацію тканин при гострому деструктивному холециститі, або внаслідок вираженого спайкового процесу, зумовленого перенесеними раніше нападами загострення хронічного калькульозного холециститу. У чотирьох хворих інтраопераційно виявляли деструктивно змінену стінку ЖМ, що складало загрозу ятрогенної перфорації ЖМ. Інтраопераційне виявлення ускладнень та захворювань у трьох пацієнтів, не діагностованих до оперативного втручання, які було технічно було неможливо усунути під час лапароскопічної холецистектомії (рак ЖМ, міхурово-кишкова нориця, синдром Mirizzi, міліарна гіпертензія). Під час операції у трьох хворих виникла кровотеча з атипово розташованих або додаткових артерій ЖМ, яку вдалося зупинити лапароскопічно.

Операційні ятрогенні ушкодження загальної жовчної протоки під час лапароскопічної холецистектомії виникли у 2 (0,3 %) випадках, що вимагало виконання реконструктивних операцій на IV рівні надання медичної допомоги.

Нами були виконані три вимушені холецистектомії (дві відкриті і одна лапароскопічна) з ускладненими формами (деструктивними) калькульозного холециститу у хворих з цирозом печінки, портальною гіпертензією і асцитом. Проблеми, які виникли у хірургів: технічні складнощі, пов'язані з проведенням пневмоперитонеуму; наявність асциту погіршує огляд черевної порожнини при лапароскопії; непередбачуваність перебігу післяопераційного періоду, відсутність чітких протоколів для ведення таких хворих. В одному випадку була релапаротомія через розвиток дифузного перитоніту.

Ранні післяопераційні ускладнення з боку місця оперативного втручання виникли у 2 (0,3 %) пацієнтів: у одного зісковзнула кліпса з кукси міхурової протоки, а у другого зісковзнула кліпса з кукси міхурової артерії. В обох випадках виконувалася відкрита лапаротомія з повторним перев'язуванням кукс і санацією та дренажуванням під печінкового заглиблення.

У 43 (6,1 %) хворих виникли ускладнення з боку рани: сероми мали місце у 25 (3,5 %), запальні інфільтрати – у 10 (1,4 %), нагноєння – у 8 (1,1 %). Запропонована нами методика ушивання операційних ран з застосуванням монофіламент-

ного шовного матеріалу, обробленого сумішшю димексиду і декасану та підапоневротичним розташуванням вузлів застосована у 80 випадках лапароскопічної холецистектомії. Ускладнень не було.

У післяопераційному періоді померла одна хвора від декомпенсації супутньої патології.

Висновки. 1. Захворювання на ЖКХ та її ускладнення є однією з найпоширеніших захворювань як планової так і ургентної хірургії. 2. На сьогоднішній день дані традиційних клінічних методів діагностики зменшили свою важливість, поступившись неінвазивним методам діагностики (в першу чергу УЗД). Причому до лікаря УЗД зараз ставляться задачі не просто виявити конкременти, а скрупульозно деталізувати анатомо-топографічні особливості органів, можливий стан тканин, що дає змогу профілакувати багато післяопераційних ускладнень. 3. Основним методом лікування калькульозного холециститу на сьогодні, безумовно, вважається лапароскопічна холецистектомія. Однак, не дивлячись на те, що лапароскопічні операції розпрацьовані досить дета-

льно, навіть сьогодні виявляється багато труднощів, які можуть спонукати до технічних післяопераційних ускладнень та конверсій: наявність ожиріння та асцити, зміна топографоанатомічних розташувань органів та наявність спайкових процесів, недооцінка хірургами клінічної ситуації та «гонитва за часом виконання» тощо. 4. При виявленні не стандартної ситуації (наявність ожиріння, спайкового процесу, асцити, погана візуалізація чи незвичні топографоанатомічні особливості розташування органів) до виконання оперативного втручання необхідно підходити вкрай акуратно і надзвичайно скрупульозно.

Перспективи подальших досліджень. «Удосконаленню немає меж» - такою є крилата фраза. Разом з тим, на нашу думку, наш матеріал дає змогу загострити увагу на деяких складнощах у діагностично-лікувальному процесі у хворих з ускладненими формами холециститу, а це є одним із субстратів до вироблення в майбутньому нових рекомендацій щодо покращення як діагностики так і лікування таких хворих.

Список використаної літератури

1. Винник ЮС, Серова ЕВ, Андреев РИ, Лейман АВ, Струзик АС. Консервативное и оперативное лечение желчекаменной болезни. *Фундаментальные исследования.* 2013;9-5:954-8.
2. Щербиніна МБ, Гладун ВМ, Буренко АМ. Аналіз динаміки розподілу пацієнтів з біліарною патологією за статтю та віком за даними госпіталізації в ДУ «Інститут гастроентерології АМНУ» у період з 1994 по 2009 рр. *Гастроентерологія.* 2010;44:57-63.
3. Быков АВ, Орешкин АЮ. Острый холецистит у мужчин: актуальность проблемы. *Современные проблемы науки и образования.* 2013;2:15-9.
4. Бойко ВВ, Доценко ГГ, Доценко ДГ. Хирургия желчекаменной болезни и постхолецистэктомического синдрома. *Харківська хірургічна школа.* 2013;6:91-4.
5. Березницький ЯС, Фомін ПД [редактори]. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною патологією органів живота: наук.-метод. видання. МОЗ України наказ № 297 від 02.04.10. К.: ТОВ «Доктор-Медіа». 2010:209.
6. Подолужный ВИ. Осложнения желчекаменной болезни. *Фундаментальная и клиническая медицина.* 2017;2(1):102-14.
7. Ильченко АА. Билиарная патология. Ключевые аспекты проблемы. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2011;2:68-74.
8. Гешелин СА, Каштальян МА, Мищенко ВВ. Морфологическая характеристика желчного пузыря у больных острым холециститом при выполнении холецистэктомии в разные сроки. *Клінічна хірургія.* 2008;2:15-7.
9. Орешкин АЮ, Быков АВ. Атипичное течение острого деструктивного холецистита. *Вестник Волг ГМУ.* 2011;3(39):113-6.
10. Salvaggi F, Di Bartolomeo N, De Lullis I, Del Coitto N, Innocent P. Laparoscopic treated so-called reformed galibladder in patient with postcholecystectomy chronic pain. *J Chir.* 2011;7:335-7.
11. Маюра НА, Карпенко ВЕ. Медицинский и компьютерно-информационный аспекты исследования неясных случаев билиарной патологии. *Наука вчера, сегодня, завтра: сб. ст. по матер. XLVI междунар. науч.-практ. конф.* 2017;5(39):38-47.
12. Ничитайло МЕ, Беляева ВВ, Галочка ИП, Даманский ТН. Троякарные грыжи как осложнение лапароскопических вмешательств. *Клінічна хірургія.* 2007;11-12:43-4.
13. Тутченко МІ, Васильчук ОВ, Піотрович СМ, Мамонов ОВ. Гривжі як ускладнення лапароскопічних операцій. *Український Журнал Хірургії.* 2013;2(21)99-101.

References

1. Vinnik YS, Serova EV, Andreev RI, Leyman AV, Struzik AS. Konservativnoe y operativnoe lechenye zhelchekamennoy bolezny [Conservative and surgical treatment of gallstone disease]. *Fundamental research*. 2013;9-5:954-8. (in Russian).
2. Shcherbynina MB, Hladun VM, Burenko AM. Analiz dynamiky rozpodilu patsiyentiv z biliarnoyu patolohiyeyu za stattyu ta vikom za danymy hospitalizatsiyi v DU «Instytut gastroenterolohiyi AMNU» u period z 1994 po 2009 rr. [Analysis of the dynamics of distribution of patients with biliary pathology by sex and age according to hospitalization at the State Institution «Institute of Gastroenterology AMNU» in the period from 1994 to 2009.]. *Hastroenterolohiya*. 2010;44:57-63. (in Ukrainian).
3. Bykov AV, Oreshkin AY. Ostryy kholetsistit u muzhchin: aktual'nost' problemy [Acute Cholecystitis In Men: Problems And Trends]. *Modern problems of science and education*. 2013;2:15-9. (in Russian).
4. Boyko VV, Dotsenko GG, Dotsenko DG. Khirurgiya zhelchekamennoy bolezni i postkholetsistektomicheskogo sindroma [Surgery of cholelithiasis and postcholecystectomy syndrome]. *Kharkiv Surgical School*. 2013;6:91-4. (in Russian).
5. Bereznyts'kyu YAS, Fomin PD, editors. Standarty orhanizatsiyi ta profesiyno oriyentovani protokoly nadannya medychnoyi dopomohy khvorym z nevidkladnoyu patolohiyeyu orhaniv zhyvota [Organization standards and professionally oriented protocols for the provision of medical care to patients with emergency pathology of the abdomen]. Kyiv: TOV «Doktor-Media»; 2010. 209 p. Ministry of Health of Ukraine Order № 297 from 02.04.10. (in Ukrainian).
6. Podoluzhnyi VI. Oslozhneniya zhelchnokamennoy bolezni [Complications of gallstone disease]. *Fundamental and Clinical Medicine*. 2017;2(1):102-14. (in Russian).
7. Il'chenko AA. Biliarnaya patologiya. Klyuchevyye aspekty problemy [Biliary pathology. Key Aspects of the Problem]. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2011;2:68-74. (in Russian).
8. Geshelin SA, Kashtalyan MA, Mishchenko NV. Morfologicheskaya kharakteristika zhelchnogo puzyrya u bol'nykh ostrym kholetsistitom pri vypolnenii kholetsistektomii v raznyye sroki [Morphologic characteristic of gallbladder in the patients, suffering an acute cholecystitis, while performance of cholecystectomy in different terms]. *Klinicheskaiia khirurgiia*. 2008;2:15-7. (in Russian).
9. Oreshkin AY, Bykov AV. Atipichnoye techeniye ostrogo destruktivnogo kholetsistita [Atypical course of acute destructive cholecystitis]. *Vestnik Volg GMU*. 2011;3(39):113-6. (in Russian).
10. Selvaggi F, Di Bartolomeo N, De Iuliis I, Del Ciotto N, Innocenti P. Laparoscopic treated so-called reformed gallbladder in patient with postcholecystectomy chronic pain. *G Chir*. 2011 Jun-Jul;32(6-7):335-7.
11. Maiura NA, Karpenko VE. Meditsinskiy i komp'yuterno-informatsionnyy aspekty issledovaniya neyasnykh sluchayev biliarnoy patologii [Medical and digital information aspects of exploration of unclear cases of biliary pathology]. In: Vasinovich MA, editor. *Nauka Vchera, Segodnya, Zavtra. Proceedings of the XLVI International Scientific and Practical Conference*. Novosibirsk: SibAK; 2017;5(39):38-47. (in Russian).
12. Nichitaylo ME, Belyayeva VV, Galochka IP, Damanskiy TN. Troakarnyye gryzhi kak oslozhneniye laparoskopicheskikh vmeshatel'stv [Trocar hernia as a complication of laparoscopic surgery]. *Klinicheskaiia khirurgiia*. 2007;11-12:43-4. (in Russian).
13. Tutchenko MI, Vasilchuk OV, Piotrovich SM, Mamonov OV. Grizha yak uskladnennyya laparoskopichnikh operatsiy [Hernia as a complication of laparoscopic surgery]. *Ukrainian Journal Of Surgery*. 2013;2(21)99-101. (in Ukrainian).

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХОЛЕЦИСТИТА

Резюме. Целью исследования стало проведение анализа результатов обследования и лечения больных с билиарной патологией и выявлением особенностей диагностики и лечебной тактики у больных с осложненными формами холецистита. Анализ результатов обследования и хирургического лечения основан за наблюдениями 704 больных, которые страдали на холецистит и находились на лечении в клиниках общей хирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова в период с 2014 по 2018 гг. Обнаружено, что на качество диагностики и хирургической тактики влияет наличие сопутствующей патологии (ожирение, асцит), анатомо-топографические особенности органов и уровень знания врачами УЗИ хирургической патологии.

Ключевые слова: холецистит, холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия у людей с обратным расположением внутренних органов.

ANALYSIS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHOLECYSTITIS COMPLICATED FORMS

Abstract. The objective of the study was analysis of results of examination and treatment of patients with biliary pathology and detection of diagnostic peculiarities and medical tactics for patients with the complicated forms of cholecystitis. The analysis of results of examination and surgical treatment is based on observation of 704 patients suffering from cholecystitis, who were treated in the clinics of general surgery of N.I. Pirogov Vinnitsa National Medical University in the period from 2014 to 2018. The presence of concomitant pathology (obesity, ascites), anatomical-topographical features of the organs and level of knowledge of doctors making USD of surgical pathology were found to influence on the quality of diagnostics and surgical tactics.

Key words: cholecystitis, cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy, people with visceral inversion.

Інформація про авторів:

Желіба Микола Дмитрович – професор кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м. Вінниця;

Хіміч Сергій Дмитрович – завідувач кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м. Вінниця;

Жученко Олександр Петрович – професор кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м. Вінниця;

Форманчук Андрій Миколайович – доцент кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м. Вінниця;

Ошовський Іван Никифорович – доцент кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м. Вінниця;

Слободяник Сергій Володимирович – аспірант кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м. Вінниця;

Корнійчук Вадим Ігорович – аспірант кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м. Вінниця;

Муравйов Федір Тадеушович – аспірант кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м. Вінниця.

Information about authors:

Zheliba Mykola D. – Professor of Department of General Surgery, Vinnitsa National Medical University named M.I. Pirogov, Vinnitsa;

Khimich Sergiy D. – Chief of Department of General Surgery, Vinnitsa National Medical University named M.I. Pirogov, Vinnitsa;

Zhuchenko Oleksandr P. – Professor of Department of General Surgery, Vinnitsa National Medical University named M.I. Pirogov, Vinnitsa;

Formanchuk Andrii M. – Associate Professor of Department of General Surgery, Vinnitsa National Medical University named M.I. Pirogov, Vinnitsa;

Oshovskyi Ivan N. – Associate Professor of Department of General Surgery, Vinnitsa National Medical University named M.I. Pirogov, Vinnitsa;

Slobodianyk Sergii V. – Postgraduate of Department of General Surgery, Vinnitsa National Medical University named M.I. Pirogov, Vinnitsa;

Korniichuk Vadym I. – Postgraduate of Department of General Surgery, Vinnitsa National Medical University named M.I. Pirogov, Vinnitsa;

Muraviov Fedir T. – Postgraduate of Department of General Surgery, Vinnitsa National Medical University named after M.I. Pirogov, Vinnitsa.

Надійшла 14.05.2019 р.

Рецензент – проф. Полянський І.Ю. (Чернівці)