

изначальным наличием у пациентов превалирования вегетативной симпатической или парасимпатической нервной системы.

**Пархоменко К.Ю., Заздравнов А.А.**

## **ОСОБЛИВОСТІ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ОСІБ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП**

**Харківський національний медичний університет, Харків,  
Україна**

Гострий холецистит відноситься до найбільш частих абдомінальних показань для екстреного хірургічного втручання у осіб старших вікових груп. Літній вік асоціюється з великою кількістю соматичних захворювань, які погіршують результат оперативного лікування, сприяють виникненню ускладнень. Основними методами хірургічного лікування гострого холециститу є відкрита холецистектомія і лапароскопічна холецистектомія.

Висока частота ускладнень гострого холециститу у людей похилого та старечого віку пояснюється патогенезом даного захворювання. В його основі лежить обтурація жовчного міхура і жовчовивідних протоків конкрементами, що призводить до різкого та значного підвищення внутрішньоміхурового тиску й надмірного розтягнення стінки жовчного міхура. Однак, у літніх пацієнтів великого значення набуває судинний фактор (атеросклеротичне ураження судин), що сприяє порушенню циркуляції крові в стінці жовчного міхура і виникненню (або поглибленню) в ній деструктивних змін.

При вивченні анамнезу захворювання звертає на себе увагу той факт, що більшість хворих старечого та похилого віку страждало патологією жовчного міхура і позапечінкових жовчних протоків в середньому близько 10 років. Близько половини з цих пацієнтів хоча б один раз за вказаний період були госпіталізовані в хірургічні відділення, де після проведення консервативної терапії і з метою купірування больового нападу їм було відмовлено в операції через наявну супутню патологію (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, серцева недостатність, хронічне обструктивне захворювання легенів тощо). Консервативна терапія в цій віковій групі хворих зазвичай не повною мірою купірувала запальний процес у жовчному міхурі, й, таким чином, сприяла формуванню щільних та поширених рубцево-запальних конгломератів. Подібний стан справ у перспективі призводить до

обмежень у використанні малотравматичної лапароскопічної холецистектомії і змушує застосовувати відкриту холецистектомію.

Іншою особливістю даних пацієнтів є наявність рубцевих змін, що виникли внаслідок раніше перенесених оперативних втручань з інших («неміхурових») причин. У даних випадках для виключення пошкоджень органів черевної порожнини у пацієнтів, що раніше були прооперовані на органах живота, введення першого троакара повинно здійснюватися в області «акустичного вікна», виявленого під час ультразвукового дослідження (у разі лапароскопічної холецистектомії) або ж відкритим способом під візуальним контролем. Також, за відсутності чіткої впевненості в ідентифікації порожнистих структур при лапароскопічній холецистектомії необхідний швидкий перехід на відкритий метод з відповідним анестезіологічним супроводом.

У випадках виконання відкритої холецистектомії видалення жовчного міхура доцільно здійснювати через розріз в епігастрії, що зменшує ризик утворення післяопераційної грижі в порівнянні з варіантом, коли міхур видаляється через навколопупковий розріз. Також обов'язкова санація черевної порожнини і адекватне дренивання підпечінкового простору; використання октреотиду перед операцією і в найближчому післяопераційному періоді для профілактики гострого післяопераційного панкреатиту; раціональна антибіотикотерапія; профілактика тромбоемболій та післяопераційного інфаркту міокарда за допомогою низькомолекулярних гепаринів; рання активізація хворих в післяопераційному періоді та дихальна гімнастика.

**Пасиешвили Т.М., Оспанова Т.С.**

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА  
ОПУХОЛЕЙ И ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ  
ГЕПАТОПАТИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И  
ОЖИРЕНИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

Бронхиальная астма (БА) - наиболее распространенное хроническое заболевание легких с высокими темпами роста, особенно в экономически развитых странах мира, что позволяет рассматривать ее как болезнь цивилизации. В настоящее время количество таких больных превышает 300 млн., т.е. она регистрируется у 5-10% населения. В последние годы показано, что течение заболевания практически не бывает