

В.В. Міщенко<sup>1</sup>, С.Д. Хіміч<sup>2</sup>, В.П. Міщенко<sup>1</sup>, О.О. Курташ<sup>3</sup>

## Вплив повномасштабної війни в Україні на діагностичні та лікувальні підходи до гострого калькульозного холецистити

<sup>1</sup>Одеський національний медичний університет, Україна

<sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

<sup>3</sup>Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Paediatric Surgery (Ukraine). 2024. 4(85): 52-58. doi: 10.15574/PS.2024.4(85).5258

**For citation:** Mishchenko VV, Khimich SD, Mishchenko VP, Kurtash OO. (2024). The impact of the full-scale war in Ukraine on diagnostic and therapeutic approaches to acute calculous cholecystitis. Paediatric Surgery (Ukraine). 4(85): 52-58. doi: 10.15574/PS.2024.4(85).5258.

У період війни до основних етіологічних чинників гострого холецистити додається хронічний і гострий стрес. **Мета** – вивчити вплив повномасштабної війни в Україні на діагностичні та лікувальні підходи у хворих із гострим калькульозним холециститом (ГКХ).

**Матеріали та методи.** Проліковано 54 хворих на ГКХ. Розпрацьовано алгоритм лікувально-діагностичних підходів до ГКХ в умовах повномасштабної війни в Україні та негативного психоемоційного впливу.

**Результати.** Показник «самопочуття» в пацієнтів коливався в межах низького рівня психоемоційного стану (25,12–28,18 бала). Показники «активність» і «настрій» свідчили про середній рівень психоемоційного стану і коливалися в межах від 31,41 бала до 39,21 бала. Термін від моменту виникнення нападу ГКХ до госпіталізації понад 24 годин спостерігався у 83,3% випадків. Діагностування ГКХ під час воєнного стану, підготовка до оперативного втручання потребувала 6–12 годин у 85,2% хворих. Спостерігалася деструктивна форма запалення жовчного міхура, характерна для ГКХ. У хворих із ГКХ у період воєнного часу діагностовано клінічні ознаки анемії, присутність запального процесу в організмі. Ускладнень у прооперованих хворих із ГКХ у період воєнного стану не було.

**Висновки.** У пацієнтів із ГКХ в умовах повномасштабної війни в Україні встановлено низький рівень психоемоційного і психосоматичного здоров'я. ГКХ у воєнний час має важливі патогенетичні відмінності й характерні ускладнення. Лапароскопічна холецистектомія є «золотим» стандартом при ГКХ.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На участь у дослідженні отримано інформовану згоду пацієнтів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** гострий калькульозний холецистит, діагностичні та лікувальні підходи, психоемоційний стан пацієнтів, війна в Україні.

### The impact of the full-scale war in Ukraine on diagnostic and therapeutic approaches to acute calculous cholecystitis

V.V. Mishchenko<sup>1</sup>, S.D. Khimich<sup>2</sup>, V.P. Mishchenko<sup>1</sup>, O.O. Kurtash<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Odessa National Medical University, Ukraine

<sup>2</sup>National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

<sup>3</sup>Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

During the war, chronic and acute stress are added to the main etiological factors of acute cholecystitis.

**Aim** – to study the impact of the full-scale war in Ukraine on diagnostic and therapeutic approaches to the treatment of patients with acute calculous cholecystitis.

**Materials and methods.** 54 patients with acute calculous cholecystitis were treated. An algorithm of therapeutic and diagnostic approaches to acute calculous cholecystitis in the conditions of a full-scale war in Ukraine and negative psycho-emotional impact was developed.

**Results.** The «well-being» indicator in patients ranged within the low level of psycho-emotional state (25.12–28.18 points). The «activity» and «mood» indicators indicated an average level of psycho-emotional state and ranged from 31.41 to 39.21 points. The period from the onset of an attack of acute calculous cholecystitis to hospitalization of more than 24 hours was observed in 83.3% of cases. Diagnosis of acute calculous cholecystitis during martial law, preparation for surgical intervention required from 6 to 12 hours in 85.2% of patients. A destructive form of inflammation of the gallbladder was observed, which is characteristic of acute calculous cholecystitis. Clinical signs of anemia and the presence of an inflammatory process in the body were diagnosed in patients with acute calculous cholecystitis during wartime. There were no complications in patients with acute calculous cholecystitis who underwent surgery during martial law.

**Conclusions.** Patients with acute calculous cholecystitis in conditions of full-scale war in Ukraine had a low level of psychoemotional and psychosomatic health. Acute calculous cholecystitis in wartime has important pathogenetic differences and characteristic complications. Laparoscopic cholecystectomy is the gold standard for acute calculous cholecystitis. The study was performed in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The study protocol was approved by the local ethics committee of the institutions mentioned in the work. Informed consent of the patients was obtained for participation in the study.

The authors declare the absence of a conflict of interest.

**Keywords:** acute calculous cholecystitis, diagnostic and treatment approaches, psychoemotional state of patients, war in Ukraine.

## Вступ

Гострий холецистит (ГХ) – це патологічний стан жовчного міхура, який супроводжується його запаленням і призводить до серйозного погіршення здоров'я пацієнтів [1]. ГХ в умовах повномасштабної війни росії в Україні становить до 10% хворих з ургентною абдомінальною патологією і перебігає з клінічною картиною гострого калькульозного холециститу (ГКХ) у 10–15% серед дорослого населення як основного прояву жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ).

Частота ЖКХ становить 5–25% у дорослого населення і частіше носить безсимптомний характер. У 20% хворих на ЖКХ розвивається ГХ.

Нині актуальність діагностування та лікування ГКХ залишається важливою [6], коли поряд із наданням медичної допомоги цивільному населенню потрібно лікувати військових згідно з евакуаційними приписами з передової лінії та внаслідок обстрілів місць проживання цивільного населення.

Воєнний стан накладає зміни в етіопатогенетичних механізмах і клінічних особливостях перебігу ГКХ.

При ГКХ порушується моторно-евакуаторна функція кишечника і власне жовчного міхура, застоюється кров у його судинній системі, розтягується жовчний міхур із підвищенням інтраміхурового тиску внаслідок порушення відтоку жовчі з подальшим розвитком запальнодеструктивних змін у стінці органа.

Діагноз ГКХ встановлюють на основі скарг хворого на наявність сильного болю в правому підребер'ї, нудоти, багаторазового блювання без ознак полегшення, даних ультрасонографії, комп'ютерної томографії (КТ) і магнітно-резонансної томографії (МРТ) [4].

Якщо в мирний час найпоширенішими причинами ГКХ є ЖКХ, порушення харчування, зловживання алкоголем, міграція жовчних каменів біліарним трактом [3], то в період війни до основних етіологічних причин

ГКХ додається хронічний і гострий стрес, що негативно позначається на стані здоров'я людей і може підтверджувати нейрогенну, психогенну теорію виникнення соматичних захворювань, зокрема ГКХ [8].

Воєнний стан в Україні, постійні важкі воєнні дії призводять до створення нових реалій життя, які різноманітним чином впливають на організм людини.

Люди вказують на погіршення сну, з великою насторогою сприймають інформацію, у них погіршується ментальне здоров'я. Гіпертонічні кризи, серцеві напади, загроза розвитку гострого порушення мозкового кровообігу, диспептичні розлади внаслідок порушення харчового режиму супроводжують клініку ГКХ [10].

При цьому пошкоджується функціонування перетравлювальних органів травного тракту [11]. Перебіг ГКХ супроводжується дисфункцією ворота шлунка. Діагностуються тромбози селезінкової і ворітної вен [5]. Клінічні прояви ГКХ у вигляді диспептичних розладів із нудотою, багаторазовим блюванням, позивами на блювання залишаються характерними клінічними симптомами, які супроводжують ГКХ [9].

Стресовий стан унаслідок постійних обстрілів, вибухів, відсутність повноцінного сну, висококалорійний раціон, багатий на вуглеводи, жири, надмірне вживання алкоголю, цигарок призводять до розвитку порушень обмінних процесів – це все слід розцінювати як тригери розвитку ГКХ у воєнний час [10].

Перебіг ГКХ за таких обставин характеризується наявністю депресії, тривоги, нервового збудження [2]. З огляду на це стан нормалізації психосоматики є ключовим механізмом комплексного лікування і реабілітації хворих на ГКХ, від якого залежить кінцевий результат лікування і якість життя пацієнтів [2,8].

Гострий калькульозний холецистит потребує комплексного підходу у діагностуванні, лікуванні, профілактиці розвитку ускладнень. Тактичні під-

*Original articles. Abdominal surgery*

ходи до вирішення проблеми діагностування, лікування, профілактики можливих ускладнень ГКХ з урахуванням реалій сьогодення не задовольняють ні пацієнтів, ні хірургів [3].

Тактику лікування, методи і обсяги оперативного втручання рекомендовано обирати на підставі критеріїв оцінювання тяжкості захворювання. Останніми роками більшість хірургів віддають перевагу ранній відеолапароскопічній холецистектомії в пацієнтів із ГХ, яка є «золотим» стандартом у лікуванні хворих на ГХ. Є невирішені питання, серед яких проблема лікування ГКХ, особливості його перебігу та діагностування у воєнний час.

Отже, актуальним залишається питання клінічних підходів до діагностування та обрання лікувальної тактики при ГКХ в умовах повномасштабної війни в Україні.

**Мета** дослідження – вивчити вплив умов повномасштабної війни в Україні на діагностичні й лікувальні підходи у хворих на ГКХ.

### Матеріали та методи дослідження

У відділенні мініінвазивних втручань Одеської обласної клінічної лікарні за час війни проліковано 54 хворих на ГКХ віком від 18 років до 76 років.

Холедохолітіаз із механічною жовтяницею і холангітом діагностовано у 3 (5,6%) хворих, ознаки біліарного панкреатиту – у 5 (9,3%) пацієнтів.

Вивчено анамнез хвороби, прояви тяжкості захворювання та клінічні ознаки, термін появи та розвитку захворювання, отримуване лікування на догоспітальному етапі, анамнез захворювання, лабораторні дослідження.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини є основним методом діагностування на сучасному етапі діагностичного алгоритму ГКХ. Діагноз ГКХ із застосуванням УЗД підтверджено в 54 (100%) випадках. УЗД органів черевної порожнини виконано на УЗ-сканері «Acuson XP 128» трансдюсером із робочою частотою 3,5 МГц. За потреби діагностичну маніпуляцію трансформовано в діагностично-лікувальну: пункції і дренивання гепатобіліарної зони. Фіб्रोезофагогастроуденоскопію виконано фібродуоденоскопом «Olympus JF-1T10».

Для уточнення ускладнень ЖКХ застосовано КТ, МРТ.

Психосоматичний стан пацієнта визначено за допомогою психологічних опитувальників. Самопочуття, активність, настрої (САН) вивчено за відповідною методикою [2]. Оцінювання ознак невротичних станів – тривога, невротична депресія, астения, істеричний тип реагування (ІТР), obsesивно-фобічні (ОФП) та вегета-

тивні порушення (ВП) – досліджено за допомогою клінічного опитувальника К.К. Яхіна і Д.М. Менделевича [4]. Опірність стресу визначено за методикою Холмса і Раге [6]. Визначено рівень кортизолу – гормону стресу.

Алгоритм лікувально-діагностичних підходів до ГКХ в умовах повномасштабної війни в Україні та негативного психоемоційного впливу:

1. При ГКХ слід дотримуватись активно-виглядової тактики. За відсутності ургентних показань до виконання екстреної холецистектомії проводять адекватну консервативну терапію.

2. Корегування порушень центральної гемодинаміки і мікроциркуляції. Антибіотикотерапія в стандартних дозах є обов'язковою компонентою комплексного лікування ГКХ. Гепатопротекторна терапія. Церебропротекція. Пригнічення викиду медіаторів запалення, імунокорекція, антиоксидантна терапія.

3. Паралельно проводять (за потреби) додаткові діагностичні та лікувальні заходи: пункційні мініінвазивні втручання під контролем УЗД, у т.ч. дренируючі.

4. Профілактику тромбоемболічних ускладнень проводять за допомогою низькомолекулярних гепаринів (наприклад, клексан у дозі 4000 анти-Ха МО (0,4 мл) 2 рази на добу підшкірно протягом 5 діб після операції).

5. Унаслідок стресових ситуацій призначають гормональну терапію дексаметазоном 0,4 внутрішньом'язово протягом 5 діб у післяопераційному періоді, що є невід'ємною складовою лікувального алгоритму.

6. Лапароскопічна холецистектомія є основним видом втручань при ГКХ. Для виконання лапароскопічної холецистектомії застосовують ендоскопічний комплекс «Olympus» OTV-SC. Оперативні втручання виконують під ендотрахеальним комбінованим наркозом за тиску вуглекислого газу в черевній порожнині 10–12 мм рт. ст.

Важливою умовою для проведення лапароскопічної холецистектомії у хворих на ГКХ на сучасному етапі воєнних дій є обрання лапароскопічних операційних доступів із трьох точок. У верхньому сегменті пупка після елевації передньої черевної стінки в черевну порожнину вводять голку Вереша для інсуфляції вуглекислого газу. Тиск становить 10–12 мм рт. ст. Нижче пупка на 2 см по середній лінії роблять розтин шкіри і підшкірної клітковини. За допомогою цапок передню черевну стінку фіксують із підтягуванням догори. Після цього встановлюють за 10 мм троакар перший порт для відеокамери. Троакар для відеокамери вводять перпендикулярно передній черевній стінці обережно з дозованим тиском і обертанням до відчуття провалу через

апоневроз і парієтальну очеревину у вільну черевну порожнину. У деяких випадках застосовують метод відкритої лапароскопії за Hasson для першого троакара, який вводять під візуальним контролем.

Другий порт діаметром 5 мм встановлюють у правому підребер'ї, латеральніше середньоключичної лінії для введення допоміжних робочих інструментів. Другий порт діаметром 10 мм встановлюють по середній лінії під мечоподібним відростком для введення основних робочих інструментів.

У разі технічних складнощів, неможливості адекватно провести ревізію правого підребер'я та черевної порожнини встановлюють четвертий робочий порт у правому підребер'ї для введення маніпулятора з метою відведення великого сальника, петель тонкого кишечника, візуалізації жовчного міхура та гепатодуоденальної зв'язки.

Під час лапароскопічної холецистектомії дотримуються базового принципу триангуляції розташування троакарів, виконують біполярну коагуляцію за стандартними режимами.

Насамперед у стандартних ситуаціях проводять дисекцію трикутника Кало – перша маніпуляція під час лапароскопічної холецистектомії.

Після ідентифікації протоки жовчного міхура останню кліпують трьома кліпсами та пересікають так, щоб на куксі протоки жовчного міхура біля загальної жовчної протоки було дві накладені кліпси. Діагностують і виконують дисекцію а. cystica, кліпують і перетинають її між кліпсами. Жовчний міхур видаляють субсерозно з подальшою діатермокоагуляцією ложа. Жовчний міхур поміщають у поліетиленовий контейнер і видаляють із черевної порожнини через місце накладання другого порту, попередньо виконавши пальцеву дивульсію отвору для полегшення видалення препарату з черевної порожнини. До ложа жовчного міхура через

місце розташування третього порту встановлюють дренажну трубку.

7. Наявність холедохолітіазу з механічною жовтяницею і холангітом диктує потребу першим етапом виконати черезшкірну черезпечінкову холангіостомію під контролем УЗ-навігатора і стандартну папілосфінктеротомію великого дуоденального сосочка. Після ліквідації механічної жовтяниці камені з холедоха, якщо вони не відійшли самостійно у дванадцятипалу кишку, видаляють корзинкою Дормія з обов'язковою ендоскопічною ретроградною холангіопанкреатографією (ЕРХПГ). За неможливості видалення каменів із холедоха проводять зазвичай відкриту холецистектомію, холедохолітотомію з дрениванням холедоха за одним із методів: за Керу, Вишневським, Холстедом, Піковським. У таких випадках лапароскопічну або відкриту холецистектомію виконують за 2–3 доби.

8. Наявність холецистопанкреатиту з ознаками біліарного панкреатиту диктує потребу насамперед проводити консервативну патогенетичну терапію. Після клінічних і лабораторних ознак затихання запального процесу в підшлунковій залозі лапароскопічну або відкриту холецистектомію проводять за 3–4 доби.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження затверджено локальним етичним комітетом. На проведення дослідження отримано інформовану згоду.

Статистичну обробку результатів виконано із застосуванням програми «STATISTICA 10» Enterprise-Portable (2011, ENG) із визначенням середньої величини (M), середньої похибки (m). Достовірність отриманих результатів визначено за допомогою критерія Стьюдента за  $p \leq 0,05$ .

**Таблиця 1**

Психоемоційний і психосоматичний стани в пацієнтів із гострим калькульозним холециститом (бали,  $M \pm m$ ),  $n=54$  (100%)

Показник	Пацієнти жіночої статі, $n=40$ (74,1%)	Пацієнти чоловічої статі, $n=14$ (25,9%)
Самопочуття	25,12±1,39	28,18±1,82
Активність	39,21±1,27	37,04±1,19
Настрій	31,41±1,38	35,11±1,66
Тривога	-1,45±0,43	-1,29±0,45
Астенія	-1,64±0,36	-1,47±0,56
Невротична депресія	-1,31±0,51	0,23±0,21*
Істеричний тип реагування	0,34±0,12	1,01±0,43
Обсесивно-фобічні порушення	1,03±0,43	1,16±0,33
Веgetативні порушення	0,78±0,13	0,45±0,42

Примітка:  $p < 0,05$  між пацієнтами чоловічої і жіночої статі.

Original articles. Abdominal surgery

**Таблиця 2**

Основні характеристики перебігу гострого калькульозного холецистити (n=54)

Характеристика хворих	Показник
Вік, роки	45,7±0,5
Розподіл за статтю, абс. (%):	
– чоловіки	14 (25,9)
– жінки	40 (74,1)*
Час від початку захворювання, години:	
– до 24 годин	9 (16,7)
– 25–48 годин	35 (64,8)
– понад 48 годин	10 (18,5)
Терміни доопераційного спостереження та лікування, абс. (%):	
– понад 12 год	8 (14,8)
– до 12 год	13 (24,1)
– до 6 год	33 (61,1)
Форма запалення жовчного міхура, абс. (%):	
– катаральна	8 (15,2)
– флегмонозна	33 (61,1)
– гангренозна	13 (24,1)

Примітка: p<0,05 щодо чоловіків.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Психоемоційний і психосоматичний стани пацієнтів із ГКХ наведено в таблиці 1.

За даними таблиці 1 не виявлено достовірної відмінності за гендерною ознакою (p>0,05), за винятком показника «невротична депресія». Показник «самопочуття» в пацієнтів обох груп коливався в межах низького рівня психоемоційного стану – 25,12–28,18 бала. Показники «активність» і «настрій» свідчили про середній рівень психоемоційного стану і коливалися в межах 31,41–39,21 бала.

Деадаптивні стани (тривога та астения) незалежно від статі (p>0,05) відповідають рівню хворобливого стану. У пацієнтів виявлено підвищений рівень втомлюваності, слабкості, втрати енергії, переживання страху, нервозності й тривожних думок.

Невротична депресія є характерною для осіб жіночої статі. У чоловіків цей показник відповідає нормальним показникам (p<0,05). Жінки з ГКХ в умовах воєнного стану більш схильні до зниження настрою, втрати інтересу до різних аспектів життя та інших депресивних симптомів. Показники ІТР, ОФП та ВП у пацієнтів обох груп відповідали нормі, але до рівня відмінного здоров'я не піднімалися. Значення за шкалами ІТР, ОФП були дещо нижчими, а ознаки ВП – вищими в жінок порівняно з чоловіками (p>0,05).

Пацієнти з ГКХ, який розвинувся в період воєнного часу, характеризувалися низьким рівнем опір-

ності стресу, без суттєвої різниці між статтю (у жінок – 315,34±2,5 бала, у чоловіків – 302,8±2,5 бала), p>0,05. Рівні кортизолу (гормон стресу) відповідно рівнялися 294,8±14,7 нмоль/л та 289,3±14,5 нмоль/л за нормальних показників 73,8–291 нмоль/л. Це свідчить про підвищену чутливість до стресу і потребу в додатковій підтримці таких пацієнтів, оскільки низька стресостійкість впливає на перебіг ГКХ.

Хворі з ГКХ у період воєнного стану мають високий ризик виникнення інфекційних ускладнень і клінічно тяжкого їхнього перебігу на тлі наявної соматичної патології. Серцево-судинні захворювання становили 37 (52,1%) випадків, анемії – 21 (28,8%), захворювання шлунково-кишкового тракту – 38 (52,1%), ендокринопатії – 9 (12,3%), сечовидної системи – 23 (31,5%) випадки.

Основні характеристики перебігу ГКХ в умовах повномасштабної війни в Україні наведено в таблиці 2.

За даними таблиці 2, середній вік пацієнтів становив 45,7±0,5 року. За літературними даними, ЖКХ із ГХ у жінок діагностується у 2,5 раза частіше [2,9]. Серед хворих із ГКХ, які перебували під нашим спостереженням, було 14 (25,9%) чоловіків і 40 (74,1%) жінок, що у 2,9 раза більше.

Термін від моменту виникнення нападу ГКХ до госпіталізації до 24 годин відзначався у 9 (16,7%) хворих, 25–48 годин – у 35 (64,8%), понад 48 годин – у 10 (18,5%) осіб. Слід наголосити, що термін від моменту виникнення приступу ГКХ до госпіталізації понад 24 години спостерігався у 45 (83,3%) випадках, що свідчить про труднощі госпіталізації з різних причин під час воєнного стану. За даними літератури, у мирний час ці показники становили 35–48% [3].

Час від моменту госпіталізації до операції у 8 (14,8%) хворих становив понад 12 годин. Це були хворі з ГКХ з ускладненнями у вигляді холедохолітазу з механічною жовтяницею, холангітом і біліарним панкреатитом. Встановлення діагнозу ГКХ під час воєнного стану, підготовка до оперативного втручання потребували 6–12 годин у 46 (85,2%) хворих, у мирний час – у 42–47% [4].

Деструктивна форма запалення жовчного міхура була флегмонозна у 33 (61,1%), гангренозна – у 13 (24,1%). Катаральні зміни спостерігалися лише у 8 (15,2%) випадках. У позавоєнний час, за даними літератури, деструктивні форми ГКХ діагностувалися у 53–58% [6].

Зміни лабораторних показників у хворих на ГКХ у воєнний час в Україні наведено в таблиці 3.

За результатами визначення рівнів гемоглобіну, феритину, заліза у хворих на ГКХ у період воєнного

**Таблиця 3**

Лабораторні показники у хворих на гострий калькульозний холецистит у воєнний час перед операцією (n=54)

Лабораторний показник	Референтне значення	Середній показник по групі хворих
Гемоглобін, г/л	125–172	110±5,5
Залізо, мкмоль/л	6,6–26,0	6,0±0,3
Феритин, нг/мл	11–306,8	9,8±0,49
Вітамін D, пг/мл	19,9–79,3	19,1±0,96
Еритроцити, 10 <sup>12</sup> клітин/л	4,0–5,0	2,90±0,15
Тромбоцити, 10 <sup>9</sup> клітин/л	180–360	230±11,5
Лейкоцити, Г/л	3,6–10,5	12,4±0,25
Лімфоцити, %	20–44	21±1,05
ШОЕ, мм/год	<15	38±1,9
Фібриноген, г/л	до 4,0	4,8±0,24
Білірубін загальний, мкмоль/л	5,0–21,0	20,6±1,03
АЛТ, Од/л	4–41	41±2,05
АСТ, Од/л	4–37	38±1,9
Креатинін, мкмоль/л	61–108	111±5,6

Примітки: ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів; АЛТ – аланінамінотрансфераза; АСТ – аспартатамінотрансфераза.

часу діагностовано клінічні ознаки анемії, низького вмісту вітаміну D. У довоєнний час частота анемії при ГКХ за рахунок низького вмісту гемоглобіну, феритину, рівня заліза становила 21,6% [3].

Результати розгорнутого аналізу крові свідчать про наявність/відсутність запального процесу в організмі. У наведеному нами дослідженні характерним було підвищення рівня фібриногену. У мирний час, за даними літератури, ознаки запального процесу в організмі хворих на ГКХ у вигляді лейкоцитозу, лімфоцитозу, підвищеної швидкості осідання еритроцитів спостерігалась у 14,7–16,3%, фібриногенемія – у 12,5–14,1% випадків [4,6]. Водночас печінкові показники, за винятком ускладнених форм ГКХ із механічною жовтяницею і гострим панкреатитом, були в межах референтних величин. Слід зазначити, що понад 20% хворих на ЖКХ із ГКХ мали безсимптомну бактеріурію та підвищені рівні креатиніну. У мирний період частота цих показників не виходила за межі 2–5% [6].

З особливостей клінічного перебігу ГКХ у період воєнного стану слід наголосити на наявності в 6 (11,1%) випадках випоту в черевній порожнині, одиничних червоних інфарктів у стінці жовчного міхура, що свідчить про порушення роботи імунної системи, адаптативних спроможностей організму хворого та може пояснювати високу чутливість до сприйняття інфекцій [8].

У прооперованих хворих із ГКХ у період воєнного стану не виявлено ускладнень, і пацієнтів виписано зі стаціонару на 2–5-ту добу. У хворих із ГКХ, ускладненим холедохолітазом і біліарним панкреатитом, у 8 (14,8%) випадках загальна ліжко-доба

становила в середньому 11±05 доби. Летальних випадків не встановлено.

За результатами порівняльного аналізу літературних і отриманих даних, пріоритетними ознаками ГКХ у воєнний час є більш виражений біль у проекції правого підребер'я, нудота, блювання, гіркота в роті, субфебрильна температура, лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво і дані УЗД [6].

У хворих із ГКХ у воєнний час слід враховувати психоемоційний та психосоматичний стан, таким пацієнтам показана антибіотикотерапія, профілактика тромбоемболічних ускладнень і гормональна терапія [8].

«Золотим» стандартом лікування ГКХ у воєнний період є лапароскопічна холецистектомія під загальним знеболюванням [3].

З особливостей клінічного перебігу ГКХ у воєнний час є наявність у 6 (11,1%) випадках випоту в черевній порожнині, червоних інфарктів у стінці жовчного міхура, ознак запального процесу в організмі, що свідчить про порушення в роботі імунної системи, адаптативних спроможностей організму хворого та може пояснювати високу чутливість до сприйняття інфекцій на тлі психоемоційної та психосоматичної нестабільності [5,10].

Отже, лапароскопічна холецистектомія у хворих на ГКХ у період воєнного стану на тлі психоемоційної та психосоматичної стабілізації дає змогу ліквідувати гостру хірургічну патологію (ГКХ), уникнути надмірної травматизації передньої черевної стінки, органів черевної порожнини, досягти меншого

## Original articles. Abdominal surgery

травматизму клітинних структур і швидшого відновлення порушених функцій організму хворих і тим самим сприяє сприятливому перебігу післяопераційного періоду [7–9,11].

### Висновки

У пацієнтів із ГКХ у сучасних умовах повномасштабної війни в Україні встановлено низький рівень психоемоційного і психосоматичного здоров'я.

Гострий калькульозний холецистит під час воєнного стану в Україні має важливі патогенетичні відмінності і характерні ускладнення, що визначають діагностичну і лікувальну тактику, яка передбачає методи консервативної терапії і хірургічних втручань.

Діагностична і лікувальна тактика ГКХ під час воєнного стану в Україні має бути швидкою і точною з використанням додаткових візуалізуючих технологій (УЗД, МРТ, КТ, ЕРХПГ), стандартизованою залежно від термінів, тяжкості захворювання з урахуванням психоемоційного стану хворих.

Холецистектомію в цієї категорії хворих слід виконувати ще до розвитку ускладнень ГКХ за рахунок скорочення тривалості діагностичного етапу і своєчасного прийняття рішення про оперативне втручання.

Лапароскопічна холецистектомія внаслідок її переваг перед відкритою холецистектомією, її безпечність для здоров'я хворих має стати «золотим» стандартом операцій при ГКХ у період повномасштабної війни в Україні.

**Перспективи подальших досліджень** присвячені визначенню особливостей клінічних підходів до діагностування й обрання лікувальної тактики при гострому панкреатиті в умовах повномасштабної війни в Україні.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

### References/Література

- Boys JA, Doorly MG, Zehetner J et al. (2020). Can ultrasound common bile duct diameter predict common bile duct stones in the setting of acute cholecystitis? *Am. J. Surg.* 207(3): 432-435.

### Відомості про авторів:

**Міщенко Василь Васильович** – д.мед.н., проф., проф. каф. хірургії ОНМедУ. Адреса: м. Одеса, пров. Валіховський, 2. <https://orcid.org/0000-0002-5951-3463>.

**Хімич Сергій Дмитрович** – д.мед.н., проф., зав. каф. загальної хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. <https://orcid.org/0000-0002-8643-2140>.

**Міщенко Валентина Павлівна** – д.мед.н., проф., проф. каф. акушерства та гінекології ОНМедУ. Адреса: м. Одеса, пров. Валіховський, 2. <https://orcid.org/0000-0002-0183-3931>.

**Курташ Олег Олегович** – к.мед.н., доц., доц. каф. дитячої хірургії Івано-Франківського НМУ. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. <https://orcid.org/0000-0003-0675-6952>.

Стаття надійшла до редакції 11.09.2024 р., прийнята до друку 10.12.2024 р.

- Denis F, Mahalli R, Delpierre A, Romagna C, Selimovic D, Renaud M. (2022). Psychobiological Factors in Global Health and Public Health. *Int J Environ Res Public Health.* 19(11): 6728. doi: 10.3390/ijerph19116728.
- Gomes CA, Junior CS, Di Saverio S, Sartelli M, Kelly MD, Gomes CC et al. (2017). Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices. *World J. Gastrointest. Surg.* 9(5): 118-126. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v9.i5.118>.
- Hall BR, Armijo PR, Krause C, Burnett T, Oleynikov D. (2018). Emergent cholecystectomy is superior to percutaneous cholecystostomy tube placement in critically ill patients with emergent calculous cholecystitis. *Am. J. Surg.* 216(1): 116-119. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.11.002>.
- Kokun OM, Agaev NA, Pishko IO, Lozinska NS, Ostapchuk VV. (2017). Psychological work with servicemen – participants of the anti-terrorist operation at the stage of recovery: Methodical guide. K.: NDC SE of the ZSU: 282. [Кокун ОМ, Агаєв НА, Пішко ІО, Лозінська НС, Остапчук ВВ. (2017). Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ: 282].
- Pisano M, Allievi N, Gurusamy K et al. (2020). 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J. Emerg. Surg.* 15: 61. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>.
- Roswiyani R, Kwakkenbos L, Spijker J, Witteman CLM. (2019). The Effectiveness of Combining Visual Art Activities and Physical Exercise for Older Adults on Well-Being or Quality of Life and Mood: A Scoping Review. *J Appl Gerontol.* 38(12): 1784-1804. doi: 10.1177/0733464817743332.
- Scientific and Methodological Center of VFPO. (2023). Psychological assistance in the conditions of military operations. *Psychological Bulletin No. 3.* Kyiv: Scientific and Methodological Center of VFPO: 202. [Науково-методичний центр ВФПО. (2023). Психологічна допомога в умовах воєнних дій. Психологічний бюлетень № 3. Київ: Науково-методичний центр ВФПО: 202].
- Tarasova V. (2023). The method of studying the characteristics of behavior in stressful situations of teenagers with an unreliable type of attachment. A young scientist. 5: 73-78. [Тарасова В. (2023). Методика вивчення особливостей поведінки в стресових ситуаціях підлітків з ненадійним типом прихильності. Молодий вчений. 5: 73-78]. doi: 10.32839/2304-5809/2023-5-117-14.
- Voytenko OV, Tkachuk TL. (2017). Psychological impact of combat stress on military personnel. *Medical case.* 7: 141-146. [Войтенко ОВ, Ткачук ТЛ. (2017). Психологічний вплив бойового стресу на військовослужбовців. Лікарська справа. 7: 141-146]. doi: 10.31640/LS-2017(7)27.
- Zlyukov VL, Lukomska SO, Fedan OV. (2016). Psychodiagnostics of personality in life crisis situations. K.: Pedagogical opinion: 219. [Зликов ВЛ, Лукомська СО, Федан ОВ. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка: 219].