

А. О. Колотвін

ТЕХНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБРОБКИ ЕЛЕМЕНТІВ МІХУРОВОЇ ПРОТОКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМИ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна,
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса, Україна

УДК 616.36-002.12-06:616.366-002.1]-078

А. А. Колотвин

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАБОТКИ ЭЛЕМЕНТОВ ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина,

Военно-медицинский клинический центр Южного региона, Одесса, Украина

Прорезывания клипируемых структур при лапароскопической холецистэктомии является одним из самых сложных и серьезных осложнений, следствием которого возможно желчеистечение. Также нужно учитывать, что металлические клипсы, которые обычно используются на этапе клипирования элементов шейки желчного пузыря, могут мигрировать во время проведения хирургического вмешательства с развитием поврежденных важных анатомических структур и возникновением желчеистечения. Полимерные клипсы по типу Hem-o-lock являются альтернативой металлическим клипсам.

Проведенный анализ за период с 2012 по 2017 гг. позволил сделать вывод о высокой эффективности и безопасности использования полимерных клипс по типу Hem-o-lock при остром калькулезном холецистите, в том числе у пациентов с сопутствующим хроническим вирусным гепатитом.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, хронические вирусные гепатиты, миграция клипс, прорезывание пузырного протока.

UDC 616.36-002.12-06:616.366-002.1]-078

A. O. Kolotvin

TECHNICAL FEATURES OF TREATMENT OF BILIARY DUCT ELEMENTS IN PATIENTS SUFFERING FROM ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN COMBINATION WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine,

Military Medical Clinical Center of South Region, Odessa, Ukraine

Acute calculous cholecystitis (ACC) is one of the important medical and social problems. Unconditional attention is drawn to the problem of preventing complications in the treatment of ACC, especially with the use of laparoscopic techniques. To reduce the risk of their occurrence is possible through a comprehensive study of possible causes, followed by the application of modern advanced technical approaches to laparoscopic cholecystectomy. This problem is especially relevant for such an important stage of laparoscopic cholecystectomy, as clipping of the elements of the neck of the gall bladder. Cutting of clipping structures is one of the most complex and serious complications, which may result in bile. It is also necessary to take into account that metal clips, which are commonly used in the clipping process of the elements of the gallbladder, can migrate during surgical intervention with the development of damage to important anatomical structures and the appearance of bile. Hem-o-lock polymer clips are an alternative to metal clips.

Thus, the analysis conducted in the period from 2012 to 2017 made it possible to conclude that the use of polymer clips of the Hem-o-lock type in the ACC, including those with concomitant chronic viral hepatitis, is highly effective and safe.

Key words: acute calculous cholecystitis, chronic viral hepatitis, migraine clips, rupture of the biliary duct.

Вступ

Серед загальної кількості хвороб органів травлення жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) про-

довжує посідати одне з провідних місць і становить не тільки медичну, а й соціальну проблему через збільшення захворюваності серед пацієнтів працездатного віку [5; 6]. Звертає на себе увагу та ви-

кликає занепокоєння той факт, що поширеність ЖКХ в Україні, порівняно з 90-ми роками минулого століття, зросла на 60–88 % [8; 9; 14–17]. Збільшилась, як свідчать дані статистики, кількість пацієнтів з усклад-

© А. О. Колотвін, 2018



неними формами. Так, захворюваність на гострий калькульозний холецистит (ГКХ) в Україні, який відмічається приблизно у 90 % випадків від загальної кількості ускладнень у хворих на ЖКХ, за останнє десятиріччя зросла в 1,7 разу [2; 3; 7; 11–13; 19; 21–23].

Хірургічне лікування — це основний метод ведення хворих на ГКХ. Сьогодні лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) являється операцією вибору у даній категорії пацієнтів і досить безпечним видом хірургічного втручання. Проте потрібно враховувати особливості перебігу сучасних захворювань, а саме наявність коморбідних станів. У сучасній абдомінальній хірургії проблема поєднаної патології органів черевної порожнини, яка, за даними ВООЗ, діагностується у 30 % хворих, вельми актуальна [4]. З метою запобігання розвитку ускладнень і можливих технічних складнощів під час ЛХЕ необхідно враховувати широку розповсюдженість хронічних вірусних уражень печінки, які можна вважати одними з патогенетичних механізмів розвитку ЖКХ та її ускладнених форм. Знання причин виникнення можливих ускладнень і технічних недоліків дозволить запобігти їм, особливо у такої важкої категорії хворих, як пацієнти з ГКХ у поєднанні з хронічним вірусним гепатитом (ХВГ). Одним з найбільш суттєвих моментів запобігання ускладненням під час ЛХЕ є застосування раціональних сучасних технічних підходів.

Мета роботи — покращання результатів лікування хворих на ГКХ у поєднанні з ХВГ шляхом зниження інтра- та післяопераційних ускладнень за рахунок оптимізації техніки одного з найважливіших етапів

ЛХЕ — кліпування елементів шийки міхурової протоки.

Матеріали та методи дослідження

За досліджуваний період з 2012 по 2017 рр. у хірургічних відділеннях Військово-медичного клінічного центру Південного регіону проведено хірургічне лікування з приводу ГКХ 1832 хворим. Основу проведених досліджень становлять клінічні спостереження над 82 хворими з ГКХ на фоні ХВГ. За період з 2012 по 2017 рр. вірусний гепатит В діагностовано у 35 (42,7 %) хворих, тимчасом як вірусний гепатит В — у 47 (57,3 %) пацієнтів досліджуваної групи. Необхідно зазначити, що сама наявність вірусного ураження печінки має значення і є значним обтяжливим чинником, який впливає на перебіг основного захворювання. Аналіз інфікованості на ХВГ у пацієнтів з ГКХ у досліджуваній групі за період з 2012 по 2017 рр. демонструє значне збільшення кількості інфікованих хворих з 2015 по 2017 рр., що пояснюється покращанням діагностики хронічного вірусного ураження печінки на передопераційному етапі завдяки впровадженню в клінічну практику експрес-тестів визначення антигенів й антитіл ХВГ.

Незважаючи на набутий досвід виконання ЛХЕ, удосконалення техніки й обладнання, а також навчання хірургів, згідно з даними літератури, інтраопераційні та післяопераційні ускладнення виникають з частотою від 0,2 до 16,8 % [1; 8; 9; 19].

Із 1832 пацієнтів з ГКХ за період з 2012 по 2017 рр. у 1349 хворих для кліпування міхурової протоки й артерії були використані металеві кліпси. При цьому в період з 2012 по 2014 рр. металеві кліпси були

застосовані у 1010 пацієнтів з ГКХ, серед яких у 23 хворих у поєднанні з ХВГ. З 2015 по 2017 рр. у 339 прооперованих хворих на ГКХ при кліпуванні міхурової протоки й артерії також використовували металеві кліпси, у тому числі у 17 пацієнтів з ХВГ. У період з 2015 по 2017 рр. нами було впроваджено в клінічну практику застосування полімерних кліпс за типом Hem-o-lock. У 483 пацієнтів з ГКХ з 2015 по 2017 рр. кліпування елементів шийки жовчного міхура проводилося полімерними кліпсами за типом Hem-o-lock, серед яких у 42 хворих у поєднанні з ХВГ.

Результати дослідження та їх обговорення

Досить часто ГКХ супроводжується вираженими змінами в дванадцятипало-печінковій зв'язці, що може призвести до виникнення ускладнень при дисекції у цій ділянці. До ускладнень, які виникають під час ЛХЕ, належить жовчотеча в черевну порожнину. Причиною жовчотечі в більшості випадків є травма позапечінкових жовчних шляхів, неспроможність кукси міхурової протоки або ушкодження поверхнево розташованих жовчних шляхів у ложі жовчного міхура [15; 16; 18].

У нашому дослідженні ми приділили увагу аналізу причин розвитку такого ускладнення, як прорізування кліпсою структур міхурової протоки з подальшим розвитком жовчотечі (табл. 1).

Як представлено у табл. 1, кількість прорізувань металевою кліпсою кукси міхурової протоки під час ЛХЕ за період з 2012 по 2014 рр. було виявлено у 31 (3,1 %) пацієнта. У 23 (74,2 %) хворих дане ускладнення встановлено інтраопераційно й усунуто по-



Розподіл хворих на гострий калькульозний холецистит залежно від прорізувань металевими кліпсами

Період	Кількість прорізувань	Кількість прорізувань, установлених інтраопераційно	Кількість жовчотеч у післяопераційному періоді
2012	13	9	4
2013	11	9	2
2014	7	5	2
Усього (2012–2014)	31	23	8
2015	3	2	1
2016	4	3	1
2017	2	2	—
Усього (2015–2017)	9	7	2

вторним кліпуваннями, тимчасом як у 8 (25,8 %) випадках діагностовано в післяопераційному періоді.

У хворих на ГКХ у поєднанні з ХВГ за період з 2012 по 2014 рр. прорізування елементів шийки жовчного міхура відмічено у 1 (4,3 %) пацієнта (див. табл. 1).

Як видно з табл. 1, з 2015 по 2017 рр. прорізування металевими кліпсами кукси міхурової протоки відмічалось у 9 (2,6 %) випадках, серед яких у 7 (77,8 %) пацієнтів дане ускладнення було діагностовано інтраопераційно й усунуто повторним кліпуванням. У 2 (22,2 %) хворих жовчотеча, яка виникла в післяопераційному періоді, була усунута консервативним шляхом.

При кліпуванні міхурової протоки металевими кліпсами за період з 2012 по 2017 рр. прорізування кукси міхурової протоки виявлено у 2,96 % хворих, що потребувало в подальшому розв'язання цієї проблеми.

Жовчотеча є ускладненням, яке виникає найчастіше внаслідок прорізування структур, що кліпуються [18]. Як відмічають клініцисти, після виконання ЛХЕ завершальним етапом вважається дренажування підпечінкового простору з встановленням дренажу для контролю гемостазу та можливої жовчотечі [10]. Необхідно зазначити, що за наявності дренажних трубок і появи жовчі по дренажу діагностика жовчовитікання не становить труднощів.

У 10 (0,7 %) пацієнтів, як видно з табл. 1, ранній післяопераційний період ускладнився виникненням жовчотечі, оцінку якої проводили згідно з класифікацією L. Morgenstern (2006). Жовчотеча до 100 мл за добу (I ступінь) відмічалась у 7 (0,5 %) пацієнтів, від 100 до

500 мл за добу (II ступінь) — у 2 (0,1 %) хворих і більше 500 мл за добу (III ступінь) — в 1 (0,07 %) випадку. При виділенні жовчі по дренажних трубках в об'ємі до 100 мл за першу добу з тенденцією до зменшення в наступні кілька днів проводився динамічний контроль загального стану пацієнтів з використанням УЗД органів черевної порожнини, що дозволяє моніторувати наявність жовчі у черевній порожнині, об'єм витікання жовчі по дренажах [18]. Консервативне лікування у 7 (70,0 %) пацієнтів привело до самостійного припинення жовчотечі. Водночас за відсутності позитивної динаміки, при збільшенні об'єму виділеної жовчі, виявленні жовчі в різних ділянках черевної порожнини та появи ознак і симптомів перитоніту 3 (30,0 %) хворим довелося проводити релапароскопію, під час якої було встановлено витікання жовчі з кукси міхурової протоки внаслідок прорізування металевою кліпсою.

За результатами порівняння прорізування структур, які піддавалися кліпуванню, залежно від виду кліпс у період з 2015 по 2017 рр. встановлено, що при застосуванні металевих кліпс таких випадків, заре-

єстровано 9 (2,6 %), при використанні полімерних — жодних.

Таким чином, проведений аналіз за період з 2012 по 2017 рр. дозволив зробити висновки про високу ефективність і безпечність використання полімерних кліпс за типом Hem-o-lock при ГКХ, у тому числі у пацієнтів із супровідним хронічним вірусним ураженням печінки. Так, за весь період дослідження ускладнень у вигляді прорізування кукси міхурової протоки та судин при застосуванні полімерних кліпс за типом Hem-o-lock не відмічалось, а при застосуванні металевих кліпс зафіксовано 40 випадків прорізування.

Клінічні дослідження свідчать, що досить важливою проблемою в післяопераційному періоді є ускладнення у вигляді міграції кліпс із культу міхурової протоки, які можуть виникати у зв'язку з контактною термічною травмою міхурової протоки, а також внаслідок інших причин. Термічне ураження при контакті електрода з металевою кліпсою здатне призводити до некрозу ділянки біля металевої кліпси. При застосуванні металевих кліпс міграція, не пов'язана з



контактною термічною травмою, зареєстрована у 3 (0,22 %) випадках, а пов'язана з контактною термічною травмою — у 4 (0,29 %) хворих. Жодного випадку міграції при використанні полімерних кліпс не відмічено.

Отже, міграція металевих кліпс із кукси міхурової протоки у зв'язку з контактною термічною травмою за досліджуванний період траплялася в 1,3 разу частіше, ніж міграція металевих кліпс, яка виникала з інших причин.

За період 2012–2017 рр. жовчотечі, пов'язані з міграцією металевої кліпси з кукси міхурової протоки, відмічались у 0,5 % прооперованих хворих. Потрібно наголосити, що даний вид ускладнень ми не відмічали при використанні полімерних кліпс, тому що це неможливо у зв'язку з їхньою технічною характеристикою.

Висновки та перспективи подальших розробок

Наведене демонструє високу безпечність і винятковість полімерних кліпс за типом Net-o-lock, тому доцільним є використання їх у коморбідних пацієнтів, а саме при ГКХ у поєднанні з ХВГ. Особливо потрібно наголосити, що замок кліпси в майбутньому за необхідності не перешкоджає прооперованим пацієнтам контролювати свій стан за допомогою сучасних методів рентгенологічних і магнітно-резонансних досліджень.

Ключові слова: гострий калькульозний холецистит, хронічні вірусні гепатити, міграція кліпс, прорізування міхурового протоку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барванян Г. М., Глухих А. А. Хирургическое лечение ятрогенных поврежденных внепеченочных желчных протоков после холецистэктомии.

Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. 2010. Т. 5, № 3. С. 57–60.

2. Национальные клинические рекомендации «острый холецистит» / А. Г. Бебуришвили и др. *Актуальные вопросы хирургии: XII съезд хирургов России.* Ростов-на-Дону, 2015. С. 20.

3. Григус І. Ефективність фізичної реабілітації хворих на хронічний холецистит. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць.* 2010. № 3 (11). С. 60–64.

4. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулутко А. М., Прудков М. И. Желчно-каменная болезнь. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 174 с.

5. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, Е. К. Баранская, А. В. Охлобыстин. *РЖГГЕ.* 2016. № 3. С. 64–80.

6. Комплексный метод профилактики осложненной лапароскопической холецистэктомии / И. В. Иоффе и др. *Клінічна хірургія.* 2013. № 7. С. 9–12.

7. Лікування гострого холециститу в осіб з високим періопераційним ризиком із використанням інноваційної ліфтингової технології / Б. С. Запороженко та ін. *Шпитальна хірургія.* 2012. № 3. С. 127–129.

8. Захарчук А. П. Причины интраоперационных осложнений и их профилактика при лапароскопической холецистэктомии. *Харківська хірургічна школа.* 2015. № 3 (72). С. 34–36.

9. Захарчук А. П. Обоснование выбора метода лечения различных форм острого холецистита. *Харківська хірургічна школа.* 2015. № 5 (74). С. 41–43.

10. Капшитарь А. В. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии из минидоступа при остром холецистите у лиц старше 60 лет. *Таврический медико-биологический вестник.* 2012. Т. 15, № 2, ч. 3 (58). С. 98–100.

11. Каштальян М. А. Хирургическая тактика лечения больных острым холециститом: дис. ... д-ра мед. наук. Одеса, 2009. 356 с.

12. Ковальчук О. Л. Лапароскопична хірургія жовчнокам'яної хвороби у хворих на хронічні гепатити і цироз печінки: дис. ... д-ра мед. наук. Тернопіль, 2010. 384 с.

13. Мороз В. В., Стельмах А. І. Вибір методу мініінвазивних ендобілярних втручань в лікуванні гострого холециститу у пацієнтів з високим оперативно-анестезіологічним ризиком. *Укр. наук.-мед. молодіж. журн.* 2014. № 4 (84). С. 78–81.

14. 18-летний опыт лапароскопической холецистэктомии / М. Е. Ни-

читайло и др. *Сучасні медичні технології.* 2011. Т. 3/4. С. 281–285.

15. Петров В. С., Тобохов А. В., Николаев В. Н. Особенности и технические аспекты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. *Вестник Северо-Восточного Федерального университета им. М. К. Амосова. Серия «Медицинские науки».* 2016. № 3 (04). С. 74–76.

16. Тобохов А. В., Петров В. С., Николаев В. Н. Влияние сочетанных заболеланий органов гепатодуоденальнопанкреатической зоны на количество осложненной лапароскопической холецистэктомии. *Вестник Северо-Восточного Федерального университета им. М. К. Амосова. Серия «Медицинские науки».* 2016. № 3 (04). С. 99–101.

17. Шевченко Б. Ф., Бабий А. М., Косинский А. В., Пролом Н. В. Критерии выбора и способы холецистэктомии. *Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии.* 2009. Т. 13, № 3. С. 20–21.

18. Шуркалин Б. К., Кригер А. Г., Ованесян Э. Р. Десятилетний опыт лапароскопической холецистэктомии. *Анналы хир. гепатологии.* 2004. Т. 9, № 1. С. 110–114.

19. Difficulties in laparoscopic cholecystectomy: conversion versus surgeons failure / A. Aun et al. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2016. Vol. 28 (4). P. 669–671.

20. Bresciaetall A. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: feasibility and out comes of the first 400 patients. *Surgeon.* 2013. Vol. 11. P. 514–518.

21. Risk factors in laparoscopic cholecystectomy: A multivariate analysis / V. Kanakala et al. *Int J Surg.* 2011. Vol. 9 (4). P. 318–323.

22. Malik A. M. Difficult laparoscopic cholecystectomies. Is conversion a sensible option? *J Pak Med Assoc.* 2015. Vol. 65 (7). P. 698–700.

23. Conversion in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis / A. Spataru et al. *Chirurgia (Bucur.).* 2010. Vol. 105 (4). P. 469–472.

REFERENCES

1. Barvanyan G.M., Glukhikh A.A. Surgical treatment of iatrogenic lesions of extrahepatic bile ducts after cholecystectomy. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova* 2010; 5 (3): 57–60.

2. Beburishvili A.G., Prudkov M.I., Sovtsov S.A., Sazhin A.V., Shulutko A.M., Natroshvili A.G. National clinical recommendations "acute cholecystitis". II sezd khirurgov Rossii "Aktualnye voprosy khirurgii", Rostov-na-Donu 2015. 20 p.



3. Grygus I. Efficiency of physical rehabilitation of patients with chronic cholecystitis. *Fizychno vykhovannya, sport i kultura zdorovya u suchasnomu suspilstvi. Zbirnyk naukovykh prats* 2010; 3 (11): 60-64.
4. Dadvany S.A., Vetshev P.S., Shulutko A.M., Prudkov M.I. Cholelythiasis. Moscow, GEOTAR-Media, 2009. 174 p.
5. Ivashkin V.T., Maev I.V., Baranovskaya E.K., Okhlobystin A.V. Recommendations of the Russian gastroenterological association for the diagnosis and treatment of cholelithiasis. *RZhGGE* 2016; 3: 64-80.
6. Ioffe I.V., Alekseev A.V., Pepenin A.V., Zaika A.V., Torba A.V. Complex method of preventing complications of laparoscopic cholecystectomy. *Klinichna khirurgiya* 2013; 7: 9-12.
7. Zaporozhchenko B.S., Kolodiy V.V., Borodaev I. et al. Treatment of acute cholecystitis in people with high perioperative risk using innovative lifting technology. *Shpytalna khirurgiya* 2012; 3: 127-129.
8. Zakharchuk A.P. Causes of intraoperative complications and their prevention in laparoscopic cholecystectomy. *harkivska khirurgichna shkola* 2015; 3 (72): 34-36.
9. Zakharchuk A.P. Justification of the choice of a method of treatment of various forms of acute cholecystitis. *Kharkivska khirurgichna shkola* 2015; 5 (74): 41-43.
10. Kapshitar A.V. Drainage of the abdominal cavity after cholecystectomy from the mini-access in acute cholecystitis in persons over 60 years of age. *Tavrisheskiy medico-biologicheskiy vestnik* 2012; 15 (2), p. 3 (58): 98-100.
11. Kashtalyan M.A. Surgical tactics of treatment of patients with acute cholecystitis. Thesis for MD degree. Odesa. 2009. 356 p.
12. Kovalchuk O.L. Laparoscopic surgery of cholelithiasis in patients with chronic hepatitis and cirrhosis of the liver. Thesis for MD degree. Ternopil. 2010. 384 p.
13. Moroz V.V., Stelmakh A.I. The choice of the method of minimally invasive endobiliary interventions in the treatment of acute cholecystitis in patients with high surgical and anesthetic risk. *Ukr. nauk.-med. molodizh. zhurnal* 2014; 4 (84): 78-81.
14. Nychytaylo M.E., Lytvynenko A.N., Ohorodnyk P.V. et al. 18 years of experience in laparoscopic cholecystectomy. *Suchasni medychni tekhnologii* 2011; 3/4: 281-285.
15. Petrov V.S., Tobokhov A.V., Nikolaev V.N. Features and technical aspects of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. *Vestnik Severo-Vostochnogo Federalnogo universiteta im. M.K. Amosova* 2016; 3 (04): 74-76.
16. Tobokhov A.V., Petrov V.S., Nikolaev V.N. The effect of combined diseases of the hepatoduodenal pancreatic zone on the number of complications of laparoscopic cholecystectomy. *Vestnik Severo-Vostochnogo Federalnogo universiteta im. M.K. Amosova* 2016; 3 (04): 99-101.
17. Shevchenko B.F., Babiy A.M., Kosinskiy A.V., Prolom N.V. Choice criteria and ways of cholecystectomy. *Ukrainskiy zhurnal maloinvazivnoy i endoskopicheskoy khirurgii* 2009; 13 (3): 20-21.
18. Shurkalin B.K., Kriger A.G., Ovanesyan E.R. 10-year term of laparoscopic cholecystectomy. *Annaly khir. gepatologii* 2004; 9 (1): 110-114.
19. Aun A., Summaya S., Rabel K., Sunil S.S., Farah N.F. Difficulties in laparoscopic cholecystectomy: conversion versus surgeons failure. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2016; 28 (4): 669-671.
20. Brescia et al. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: feasibility and outcomes of the first 400 patients. *Surgeon* 2013; 11: 514-518.
21. Kanakala V., Borowski D.W., Pellen M.G., Dronamraju S.S., Woodcock S.A., Seymour K. et al. Risk factors in laparoscopic cholecystectomy: A multivariate analysis. *Int J Surg* 2011; 9 (4): 318-323.
22. Malik A.M. Difficult laparoscopic cholecystectomies. Is conversion a sensible option? *J Pak Med Assoc* 2015; 65 (7): 698-700.
23. Spataru A., Nicolau A.E., Beuran M., Tudor C., Oprescu C. Conversion in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Chirurgia (Bucur)* 2010; 105 (4): 469-72.

Надійшла до редакції 07.09.2018
Рецензент д-р мед. наук,
проф. Б. С. Запорожченко,
дата рецензії 20.09.2018

УДК 616.895.8-008.42:616.6

Є. В. Опря

ПОРУШЕННЯ ВІДЧУТТІВ, СПРИЙНЯТТЯ ТА ЕМОЦІЙ У СТРУКТУРІ ШИЗОФРЕНІЇ ПРИ ЇЇ ПОЄДНАННІ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ РОЗЛАДАМИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.895.8-008.42:616.6

Є. В. Опря

НАРУШЕНИЕ ОЩУЩЕНИЯ, ВОСПРИЯТИЯ И ЭМОЦИЙ В СТРУКТУРЕ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАННОЙ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В статье представлены данные комплексного клинко-психопатологического исследования наличия и особенностей расстройств ощущений, восприятия и функционирования эмоциональной сферы больных шизофренией, сочетанных с сердечно-сосудистыми расстройствами. Уста-

© Є. В. Опря, 2018

