

Міністерство
охорони здоров'я України
Івано-Франківський
національний медичний університет

Засновник та видавець
Івано-Франківський
національний медичний університет
Свідоцтво про державну реєстрацію
серія KB №7296
від 14.05.2003 року

Рекомендовано до друку
Вченою Радою
Івано-Франківського
національного медичного
університету
протокол № 15 від 29.08.2016 р.

Адреса редакції:
Україна,
76018 м. Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2
Івано-Франківський національний
медичний університет
Телефон: (0342) 53-79-84
факс (03422) 2-42-95
ojs.ifnmu.edu.ua
E-mail: glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Комп'ютерний набір і
верстка редакції журналу
"Галицький лікарський вісник"
Підписано до друку 30.08.2016 р.
Формат 60/88 1/2 Обсяг - 16 друк. арк.
Друк офсетний. Наклад 200
Тираж здійснено у видавництві
Івано-Франківського національного
медичного університету.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої
справи до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої
продукції.
ДК №2361 від 05.12.2005 р.
76018, м. Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2.

ISSN 2306-4285 (Ukrainian ed. Print)
ISSN 2414-1518 (English ed. Online)

ГАЛИЦЬКИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Щоквартальний науково-практичний часопис
Заснований в 1994 році

Журнал включений до міжнародної
наукометричної бази INDEX COPERNICUS

Індексується в: **BASE (Bielefeld Academic Search Engine),
WorldCat, Google Scholar, ResearchBib, OpenAIRE**



Відомості про журнал розміщені в **Electronic Journals Library**

Том 23 - число 3 - 2016
частина 1

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор - М.М. Рожко

Вакалюк І.П. (заступник головного редактора)
Попадинець О.Г. (відповідальний секретар)
Вишиванюк В.Ю. (секретар), Боцюрко В.І., Вірстюк Н.Г.,
Волосянко А.Б., Воронич-Семченко Н.М., Геращенко С.Б.,
Гуда І.М., Ерстенюк А.М., Ємельяненко І.В., Заяць Л.М.,
Ковальчук Л.Є., Мізюк М.І., Міщук В.Г., Ожоган З.Р.,
Середюк Н.М., Яцишин Р.І.

Редакційна рада

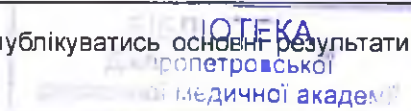
Бальцер К. (ФРН), Вагнер Р. (США), Волков В.І. (Україна),
Волошин О.І. (Україна), Геник С.М. (Україна), Енк П. (ФРН),
Ковальчук І.П. (Канада), Ковальчук О.В. (Канада),
Луценко Н.С. (Україна), Мальцев Е.В. (Україна),
Пенішкевич Я.І. (Україна), Поворознюк В.В. (Україна),
Погрібний І.П. (США), Сергієнко А.М. (Україна),
Сергієнко М.М. (Україна), Скальний А.В. (Росія),
Скрипник Р.Л. (Україна), Усов В.Я. (Україна), Швед М.І. (Україна)

Робота редакційної колегії орієнтована на норми та принципи [International Committee of Medical Journal Editors](#)

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (Наказ МОН України №241 від 09.03.2016 року)

© Видавництво Івано-Франківського національного медичного університету, 2016

© Галицький лікарський вісник, 2016



11880

травматичних операцій ми рекомендуємо проводити профілактику тромбоемболічного ризику навіть в амбулаторних умовах в період до 35 діб з дня хірургічного втручання, а не тільки 10-14 діб (рівень 2в)».

У нашому реєстрі ми мали 3 випадки (11,5%), коли з різних причин профілактика була перервана на 1-2 доби (коли хворому виконувалося повторне втручання з приводу ускладнень) і, як наслідок, – фатальна ТЕЛА.

У таких випадках, як правило, перерив гепаринотерапії не повинен перебільшувати 12 годин.

Висновки

1. Аналіз першого року складеного нами клінічного реєстру хворих з ТЕЛА дозволяє зробити висновки про низьку якість проведення профілактики ТЕУ як в групі оперованих, так і не оперованих хворих.

2. При дотриманні схем рекомендованих експертами АССР 2012 та АССР 2016 в жодному випадку ми не отримали великих кровотеч, та в 7,7% при підозрі на шлункову кровотечу ми відмінили гепарин, кровотеча не підтвердилася, проте, в обох випадках ми мали фатальну ТЕЛА.

Література

1. Національний міждисциплінарний консенсус по лікуванню венозного тромбоемболізму (Перегляд 2013 року) Київ 2013р.- С. 5-7.
2. Рекомендації комітета експертів з венозного тромбоемболізму АССР 2012 <http://vascular.Stanford.edu/endovasc/documents/PIIS0741521406022968.pdf>
3. Источник см. статью Falck Ytter и соавторы.

УДК :616.366-003.7-7-06:616.381-089.85

Десятерик В. І., Лук'яненко В. М., Береговенко І. М., Зіненко Д. Ю., Савенко В. А.

Сучасні можливості та проблеми використання міні-лапаротомії при хірургічному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу та її ускладнення
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Міська лікарня №16, м. Кривий Ріг

Резюме. У роботі проведено ретроспективний аналіз результатів використання мінілапароскопічного доступу для хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) та її ускладнень. Ми проаналізували десятирічний досвід таких втручань це 2182 хворих. Для забезпечення такого доступу користувалися базовим набором інструментів «Міні-Асистент» зі спеціалізованим біліарним комплектом. Переважним контингентом були хворі, які мали відносні та абсолютні показники для використання лапароскопічної холецистектомії. Серед них 833 (38,2%) це хворі з ішемічною хворобою серця, гіпертонічна хвороба спостерігалася у 685 (31,4) хворих. Перенесені в процесі раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини спостерігалися 593 (27,1%) хворих. В процесі хірургічного втручання у 32 випадках (1,6%) інтраопераційна ситуація потребувала переходу на широку лапаротомію. Післяопераційні ускладнення були у 31 хворого (1,4%). Реяпатома виконана у 6 хворих. Після операції померло четверо хворих (0,18%). Висновок: результати використання міні-лапаротомії для хірургічного лікування ЖКХ за кількістю ускладнень та післяопераційною летальністю були порівняно з результатом лапароскопічної холецистектомії.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, хірургічне лікування, міні-лапаротомія, ускладнення, летальність.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Актуальність проблеми хірургічних втручань на органах гепатобіліарної системи визначається тенденцією до зростання захворюваності в Україні та у цілому світі. Кількість хворих на ЖКХ збільшується та в теперішній час складає близько 40% серед захворювань органів шлунково-кишкового тракту [1]. Щорічно у світі виконується близько

Реферат. Представлен ретроспективний аналіз причин розвитку тромбоемболічних ускладнень (ТЭО) у стаціонарних больних многопрофильной больницы. Для более детального изучения причин и улучшения результативности профилактических мероприятий был сформирован клинический реестр пациентов, которые лечились в клинике по поводу ТЭЛА на протяжении последних полутора лет. За период 2015-2016 гг. в реестр включено 26 пациентов с ТЭЛА. Из них у 17 (65,3%) ТЭО развились в послеоперационном периоде при лечении в хирургических отделениях; 9 (44,4%) пациентов лечились в отделении терапевтического профиля, но в анамнезе в течение 6 месяцев перенесли хирургическое или малоинвазивное вмешательство. Удовлетворительный результат лечения ТЭО наблюдался у 19 (73%) пациентов. Летальность составила 6 случаев – (23,07%)

V.I. Desiateryk, O.V. Davydenko, S.O. Aksentiev, V.A. Slobodianiuk, V.H. Zhelizniak, O.B. Bohatyrov, O.M. Prokuda, S.V. Maliuta

First Experience in Creating Clinical Registry of Patients with Pulmonary Artery Thromboembolism, Analysis of Embolism Causes
Dnipropetrovsk State Medical Academy, Dnipro, Ukraine
Kryvyi Rih City Clinical Hospital No 2, Kryvyi Rih, Ukraine

Abstract. A retrospective analysis of the results of treating patients with thromboembolic complications and pulmonary embolism was made. The results of the analysis of 26 patients with pulmonary embolism included in the registry and treated during 2015-2016 were presented. Reconstructive and restorative surgeries were performed in 17 (63.3%) patients with pulmonary embolism. 9 (34.7%) patients were treated in therapeutic department. In 4 (44.4%) persons with pulmonary embolism cancer was diagnosed. Satisfactory results of treatment of pulmonary embolism were observed in 19 (73%) patients with this pathology. 6 patients died (23.07%).

Надійшла 02.08.2016 року.

2,5 млн операцій з приводу ЖКХ, яка досягає соціального рівня [2].

Основним методом лікування ЖКХ є малоінвазивні втручання. Спрямованість на зменшення травматичності операції, при збереженні її адекватності, являється основою мінімально інвазивних втручань, як одного з важливих напрямків сучасної хірургії [1,2]. У розвинених країнах на теперішній час виконується 75-95% операцій з видалення жовчного міхура лапароскопічним методом [1,3,4,5]. Можливості широкого використання відеолапароскопічного метода у хворих, які раніше перенесли операції на органах черевної порожнини, або мають високу ступінь операційно-анестезіологічного ризику, значно обмежені [6,7]. Пневмоперітонеум значно ускладнює проведення ЛХЕ у хворих с захворюваннями серцево-судинної та дихальної систем у стадії субкомпенсації [8]. До переліку протипоказань та обмежень виконання ЛХЕ відносять також виражений злукочий процес черевної порожнини, діагностовані виражені інфільтративні зміни в зоні операції, великі вентральні кили [9].

Окремо стоїть проблема використання відеолапароскопічної методики при наявності холедохолітіазу та різних видів механічної жовтяниці не пухлинного генезу. Приміром методики, яка не відходить від сучасних принципів малоінвазивності, та дозволяє виконати адекватний оперативний прийом при неможливості використання «золотого стандарту», є технологія міні-лапаротомії з використанням інструментарію «Міні-асистент» [10,11]. При появі інтрапе-

раційних ускладнень та технічних труднощів, конверсія міні-доступу на широку лапаротомію проходить швидко. Приблизно рівні тривалості післяопераційного періоду, схожий косметичний ефект та відсутність специфічних для відеолапароскопії ускладнень дозволяє рекомендувати дану методику для використання в лікуванні ЖКХ та її ускладнень при неможливості проведення відеолапароскопічного оперативного втручання.

Мета роботи. Оптимізація хірургічної тактики на основі аналізу результатів оперативного лікування ЖКХ та її ускладнень з використанням методу міні-лапаротомії та відповідного оперативного забезпечення для хірургічного втручання.

Результати дослідження та їх обговорення

Хірургічні втручання при захворюваннях гепатобіліарної зони за допомогою міні-лапаротомії виконуються у хірургічних відділеннях КЗ «Криворізька міська лікарня №16» ДОР з 2004 р. Систематизовано та проаналізовано результати роботи хірургічної служби закладу за 10 років у період 2006 – 2015 рр. Усього проведено операцій – 2182 на органах гепатобіліарної системи за допомогою базового набору інструментів «Міні-Асистент» з використанням спеціалізованого біліарного комплексу. За статтю оперованих хворих розподілились наступним чином: чоловіків – 688 (31,7%), жінок – 1494 (68,3%). ЖКХ вперше діагностовано у 358 (16,4%). Вік оперованих хворих був від 21 до 93 років. У середньому 67 років. Кількість операцій у вікових групах складала: 18 р. – 24 р. – 2 (0,1%), 25 р. – 44 р. – 334 (15,3%), 45 р. – 60 р. – 839 (38,4%), 61 р. – 75 р. – 791 (37,1%), 76 р. – 90 р. – 154 (9%), більше 90 років – 3 (0,1%). У плановому порядку госпіталізовано 938 осіб (42,9%), в ургентному 1244 (57,1%).

Серед головних переваг для показу використання такої методики була наявність у хворих фонової та супутньої патології. У переважній більшості оперованих нами хворих було діагностовано супутню патологію, яка розподілилась наступним чином: Ішемічна хвороба серця (ІХС), до операції була діагностовано у 833 хворих (38,2%). З них у 39 хворих (3,6%), у яких відзначався постінфарктний кардіосклероз.

Гіпертонічна хвороба (ГХ), до операції була діагностовано у 685 хворих (31,4%). Серед них 39 – перенесли гострий інфаркт міокарда в терміні від 2–до 6 років, гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі спостерігалось у 24 хворих.

Хворих на цукровий діабет було 166 (7,6%). З них на цукровий діабет першого типу хворіло 22 хворих (1%), другого типу – 144 хворих (6,6%).

Раніше перенесені оперативні втручання на органах черевної порожнини пацієнти перенесли у 593 випадках (27,1%). З них в анамнезі апендектомії – 215 (9,8%), операцій на шлунку – 61 (2,8%), з приводу кишкової непрохідності – 17 (0,8%), операцій на жіночих статевих органах – 189 (8,6%), геміколектомії 6 (0,3%), спленектомії 4 (0,2%), операцій при гострому панкреатиті – 6 (0,3%), операцій з приводу гриж різних локалізацій – 97 (4,4%). Ожиріння (ІМТ більше 30 кг/м.кв) було у 711 хворого (32,6%). Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок була у 86 хворих (3,9%).

Важливе значення у показаннях для застосування цього методу оперативного втручання був вибір виду анестезіологічного забезпечення. Операції проводились з використанням багатокомпонентної внутрішньовенної анестезії (ГОМК+тіопентал натрію) з міорелаксацією та ШВЛ (на фоні проведення терапії дегідратації).

Час оперативного втручання залежав від нашого досвіду та кожного конкретного випадку. Через 5 років з набуттям специфічних навичок, вдосконаленням деяких оперативних прийомів, час оперативного втручання при таких операціях скоротився в середньому з 90 хв до 60 хв.

Очевидними перевагами методу було те, що після проведення таких операцій значно збільшилась кількість хво-

рих, які швидше почали переходити від ліжкового режиму до вільного пересування, знизилась кількість респіраторних ускладнень, швидше відновлювалась перистальтика та, як наслідок, відбулося зменшення перебування хворих у стаціонарі та прискорились їх медична і соціальна реабілітація.

Всім оперованим хворим проводилась профілактика тромбоемболічних ускладнень за наявності чинників факторів ризику: надропарін натрію (Фраксіпарін) по 0,3 – 0,6 мл. на добу залежно від маси тіла та операційного ризику. Оперованим хворим проводилась антибіотикопрофілактика чи антибіотикотерапія залежно від кожного конкретного клінічного випадку з урахуванням стандартів надання допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота.

Було проведено операцій з приводу хронічного калькульозного холециститу – 938 (42,9%); гострого калькульозного холециститу – 1244 (57,1%): катаральна форма – 231 (10,5%), флегмонозна форма – 930 (42,6%), гангренозна форма – 83 (3,8%).

З приводу калькульозного холециститу без холедохоліази виконувалось трансректальна мінілапаротомія (ТМЛ), холецистектомія, дренажування черевної порожнини. Операцій з приводу калькульозного холециститу, який супроводжувався холедохоліазом налічувалось – 259 (5,4%). З приводу ЖКХ, яка супроводжувалась холедохоліазом, в основному, виконувалось ТМЛ, холецистектомія, холедохотомія, інтраопераційна холедохоскопія, літекстракція з подальшою інтраопераційною холангіографією, які завершувались різними видами зовнішнього дренажування холедоуху.

Холедоходуоденостомія була проведена у 24 хворих (1%). Симультанні операції проводились у 94 випадках (4,3%). У більшості випадків це були оперативні втручання з приводу гриж різних локалізацій. В одному випадку хворому було виконано дренажувальну операцію з мінілапаротомного доступу з приводу субкомпенсованого стенозу ДПК, який був діагностований інтраопераційно.

Конверсія на широкий лапаротомний доступ відбувалась у 32 випадках (1,6%). Більшість цих випадків 20 (62,5%) припало на період опанування методики у перші роки роботи з інструментарієм «Міні-асистент», та була викликана необхідністю зупинки виниклої кровотечі, розділення інфільтрованих тканин, інтраопераційною ситуацією, яка потребувала адекватної ревізії усєї черевної порожнини, та виконання оперативного прийому на інших органах черевної порожнини.

Ускладнення спостерігались у 31 (1,4 %) випадку.

- Кровотеча з ложа жовчного міхура – 4 випадки. У двох випадках кровотеча зупинилась самостійно після проведення гемостатичної терапії. У двох випадках виконана міні-лапаротомія з прошиванням ложа жовчного міхура.

- Жовчовитікання з ходів Люшка, з розвитком жовчного перитоніту – 2. В обох випадках проведена широка релапаротомія з прошиванням ложа жовчного міхура, санацією та дренажуванням черевної порожнини.

- Ятрогенне ушкодження печінкового кута ободової кишки (перфорация) під час дренажування черевної порожнини – 1. Була використана релапаротомія.

- Жовчовитікання після видалення зовнішнього дренажу гепатікусу з розвитком жовчного перитоніту. В обох випадках проведена широка релапаротомія з редренажуванням печінкової протоки, санацією та дренажуванням черевної порожнини. Видалення зовнішнього дренажу на 30 добу – без ускладнень.

- Жовчовитікання з кукси міхурового протоку. 1 випадок пов'язаний з дефектом перев'язки кукси міхурової протоки. Ремінілапаротомія, перев'язка кукси міхурової протоки, санація, дренажування черевної порожнини.

- Нагноєння післяопераційної рани – 3. У двох хворих після холецистектомії з приводу гангренозного калькульозного холециститу. У одного на тлі вторинного іммуно-

дефіциту, викликаного ВІЛ інфекцією.

- Післяопераційна пневмонія - 4 випадки. В 3 випадках відзначалась важка супутня патологія у вигляді серцевої недостатності II-Б ст. на тлі ожиріння. Операції проводились за життєвими показами. В одному випадку фонову патологією був важкий перебіг цукрового діабету другого типу.

- Серома післяопераційного рубця - 4 випадки. У всіх випадках оперативні втручання проводились з приводу гострого деструктивного холециститу.

- Евентерація - 1 випадок у літньої хворої 84 років, якій за життєвими показниками проводилась холецистектомія з приводу деструктивного холециститу на тлі гострого ларинготрахеїту.

- Гострий тромбоемболія вен нижніх кінцівок - 5 випадків. 3 випадки у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, один у хворої з уродженою вадою серця.

Летальність при проведенні оперативних втручань з мінілапаротомного доступу склала 0,18 %. За аналізований період з 2006 по 2015 рік померло 4 хворих. Двоє від серцево-судинних ускладнень (гострий інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії). Один від печінково-ниркової недостатності, яка розвинулась після важкого холангіту на тлі тривалої механічної жовтяниці після виконання холецистектомії, як першого етапу лікування. Один від прогресування гнійно-септичних ускладнень, після видалення жовчного міхура з приводу деструктивного холециститу.

Висновки

1. Наш десятирічний досвід використання мінілапаротомного доступу в хірургії жовчнокам'яної хвороби свідчить про те, що цей спосіб надає суттєві можливості для виконання мініінвазивних втручань у хворих, які для використання «золотого стандарту» лапароскопічної холецистектомії мають відносні або абсолютні протипокази.

2. За літературними даними та з нашого досвіду, показники ускладнень та летальність цього методу не поступаються показникам використання лапароскопічної холецистектомії.

Література

1. Десятерик В. І. Хірургічна тактика лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої механічною жовтяницею / В. І. Десятерик, Д. В. Мамчур., Є. С. Шевченко // Хірургія України - 2014. - №3. - С.105-110
2. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. С. Савельев. М.: Триада. -X, 2004. - 640 с.
3. Ничитайло М. Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия: монография / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. - К. Макком, 2006. - 344 с.
4. Емельянов С. И. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии / С.И. Емельянов. М.-2012.- 218 с.
5. Годлевський А. І. Поеднання лапароліфтингу з дозованим карбоксиперитонеумом під час мініінвазивних втручань з приводу жовчнокам'яної хвороби / А. І. Годлевський, О. А. Ярмук. // Клінічна хірургія.-2015.-№5. - С.21-23
6. Іоффе О. Ю. Використання принципів «FAST TRACK» хірургії і лікуванні калькузного холециститу / О. П. Стеценко, О. А. Тихонов, Т. В. Тарасюк, Ю. П. Цюра, М. С. Кривоустов // Клінічна хірургія -2015.-№3. - С.5-8
7. Брискин Б. С. Операции на желчевыводящих путях из мини доступа: достоинства и недостатки / Б.С. Брискин // Актуальные

проблемы современной хирургии: тр. междунар. хир. конгр., М., 22-25 февр. 2003 г. М., 2003. - 57с.

8. Васильченко Д. С. Профілактика ускладнень лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів при ішемічній хворобі серця / В.І. Десятерик, С.О. Шейко, Т.І. Зверевич //Клінічна хірургія.-2016.-№3(884).- С.23-25

9. Галлингер Ю. И. Лапароскопическая холецистэктомия / Ю. И. Галлингер, А. Д. Тимошин // Хирургия. 1993. - №6. - С. 31-35

10. Блажитко Е. М. Сравнительная оценка результатов лапароскопических холецистэктомий и холецистэктомий из минидоступа / Блажитко Е. М., Толстяних Г.Н, Лебедева Я.М. //Тез. 2-го московского междунаро. конгресса эндоскопической хирургии М.-1997.с.19-21

Резюме. В работе проведен ретроспективный анализ результатов использования минилапаротомного доступа для хирургического лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений. Мы проанализировали десятилетний опыт таких вмешательств - это 2182 больных. Для обеспечения такого доступа пользовались базовым набором инструментов «Мини-Ассистент» со специализированным билиарным комплектом.

Преобладающим контингентом были больные, которые имели относительные и абсолютные противопоказания для использования лапароскопической холецистэктомии. Среди них 833 (38,2%) - это больные с ишемической болезнью сердца, гипертоническая болезнь имела место у 685 (31,4) больных. Перенесены в ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости имели место в 593 (27,1 %) больных. В процессе хирургического вмешательства у 32 случаях (1,6%) интраоперационная ситуация требовала перехода на широкую лапаротомию.

Послеоперационные осложнения имели место у 31 больного (1,4%). Реляпаротомия выполнена у 6 больных. После операции умерло четверо больных (0,18 %).

Выводы: результаты использования мини - лапаротомии для хирургического лечения ЖКБ по количеству осложнений и послеоперационной летальности сравнимы с результатами лапароскопической холецистэктомии.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, хирургическое лечение, мини - лапаротомия, осложнения, летальность.

V.I. Desiateryk, V.M. Lukianenko, I.M. Berehovenko, D.Yu. Zinenko, V.A. Savenko

Modern Possibilities and Problems of Using Mini-Laparotomy in Surgical Treatment of Patients with Choledocholithiasis and its Complications

Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine, Dnipropetrovsk, Ukraine

Kryvyi Rih City Hospital '16, Kryvyi Rih, Ukraine

Abstract. The retrospective analysis of using mini-laparotomy in surgical treatment of choledocholithiasis and its complications was made. We have analyzed a 10-year experience of such interventions in 2,182 patients. A special surgical tool kit of the series "Mini-assistant" for biliary surgery was used. Patients having relative and absolute indications for laparoscopic cholecystectomy predominated. Among them there were 833 (38.2%) patients with ischemic heart disease and 685 (31.4%) patients with hypertension. 593 (27.1%) patients underwent abdominal surgery previously. During surgery in 32 (1.6%) cases a wide laparotomy was required. Postoperative complications occurred in 31 (1.4%) patients. Relaparotomy was performed in 6 patients. After surgery, four (0.18%) patients died.

Conclusions. The results of using mini-laparotomy in surgical treatment of choledocholithiasis by the number of complications and postoperative mortality were compared with the results of using laparoscopic cholecystectomy.

Keywords: choledocholithiasis; surgical treatment; mini-laparotomy; complications; mortality

Надійшла 27.07.2016 року.