



УДК 616.366-002-091+616-089+061.62



СТЕПАНОВ Ю.М.,

СКИРДА І.Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ БІЛІАРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ

Резюме. Проаналізовані поширеність жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), хронічного холециститу (ХХ) і холангіту, захворюваність на цю патологію, а також хірургічна активність та післяопераційна летальність унаслідок оперативних втручань на органах біліарної системи серед населення України за останні 7 років (2006–2012 рр.). Відбулось зниження показників поширеності ЖКХ, ХХ і холангіту й захворюваності на цю патологію. Така динаміка показників більшою мірою пов'язана із зовнішніми факторами (умови життя, кризисні явища у суспільстві), ніж з тенденціями формування та розвитку патології біліарної системи. Водночас зі зменшенням кількості зареєстрованих пацієнтів із ЖКХ, ХХ і холангітом збільшилось число операцій при гострому холециститі, а також відзначене зростання питомої ваги термінових операцій від їх загальної кількості. На даний час смертність від операцій внаслідок гострого холециститу знизилась порівняно з рівнем 2006 р., відбулось зменшення післяопераційної летальності, у тому числі при пізній госпіталізації. Незважаючи на це, проблема хвороб біліарної системи далека від свого повного вирішення, оскільки вони посідають 1-ше місце в структурі гастроентерологічної патології, а гострий холецистит – 2-ге місце за кількістю операцій серед усіх хірургічних захворювань черевної порожнини. Тому потрібно загострити увагу хірургів, які оперують на органах біліарної системи, на аналізі ускладнень, при яких необхідно прийняти дуже важливе рішення про необхідність операції.

Ключові слова: захворювання біліарної системи, хірургічна допомога.

Проблема лікування хворих на біліарну патологію, які надходять до хірургічних стаціонарів, залишається однією з найбільш актуальних. До початку ХХІ століття значно збільшилось число пацієнтів, які страждають від калькульозного холециститу, що послужило підставою говорити про його «тиху епідемію». Дані VI Всесвітнього конгресу гастроентерологів свідчать, що холецистолітіаз за поширеністю поступається лише атеросклерозу та є приводом для щорічного проведення у світі до 2,5 млн планових та екстрених операцій на жовчовивідних шляхах [1].

Не всі проблеми, пов'язані з діагностикою та лікуванням калькульозного холециститу та його ускладнень, вирішені. На конференціях та з'їздах, у моногра-

фіях, дисертаціях та журнальних статтях розглядаються різні аспекти патогенезу, клініки, діагностики та лікування холециститу. Незважаючи на прогрес вітчизняної медицини, застосування сучасних антибактеріальних препаратів, впровадження нових методів діагностики, а також засобів, що нормалізують функцію печінки та жовчовивідних шляхів, консервативне лікування не в змозі ні ліквідувати інфекцію в жовчному міхурі, ні розчинити конкременти у ньому, ні відновити втрачену функцію органа. Таким чином, стає очевидною

© Степанов Ю.М., Скирда І.Ю., 2013

© «Гастроентерологія», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

актуальність подальшого вивчення клінічних і патогенетичних аспектів холециститів, пошук нових діагностичних та лікувальних методів, а також нових форм організації медичної допомоги населенню та профілактики цього захворювання.

У лікувально-профілактичних установах загальної мережі охорони здоров'я надається хірургічна допомога основній частині населення нашої країни. Недостатня планова санація населення, особливо в сільських районах, призводить до збільшення числа хворих з ускладненими формами жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), переважання змушених операцій за невідкладними показаннями, у тому числі в пацієнтів старших вікових груп, у яких частота холангіолітіазу може сягати 46 % [2].

Мета дослідження — проаналізувати поширеність на ЖКХ, хронічний холецистит (ХХ) і холангіт, захворюваність на цю патологію, а також хірургічну активність та післяопераційну летальність внаслідок оперативних втручань на органах біліарної системи серед населення України за останні 7 років (2006–2012 рр.).

Матеріали та методи

У роботі застосовані структурно-логічний аналіз та клініко-статистичний метод. Вивчення показників проводилось на підставі аналізу матеріалів офіційної статистики Центру медичної статистики МОЗ України в динаміці за 2006–2012 рр. Для виявлення характеру змін щодо визначення загальної тенденції використовувалась темп приросту/зниження. Для його обчислення за вихідну величину були прийняті показники за кожний із попередніх років, а інші розраховувались у відсотковому відношенні до неї.

За даними офіційної статистики України, до захворювань біліарної системи належать 2 статистичні одиниці: 1) ЖКХ; 2) ХХ і холангіт.

Встановлено, що поширеність ЖКХ та ХХ і холангіту в цілому за вказані роки знизилась. Якщо у 2006 р. показник поширеності ЖКХ дорівнював 651,1, то у 2012 р. він знаходився на рівні 634,0 на 100 тис. населення; ХХ і холангіту — 3723,7 та 3503,5 відповідно. Темп зниження показників поширеності ЖКХ та ХХ і холангіту за 7 років становив 2,6 та 5,9 % відповідно. Їх ана-

ліз за кожним із років, починаючи з 2007 р. і до 2011 р. включно, засвідчив поступове зростання. Тобто в цей період часу поширеність ЖКХ зросла на 14,7 %, ХХ і холангіту — на 8,2 %. Максимальне значення темпу приросту (ТП) показників відзначене у 2007 та 2008 р. (за ЖКХ — на 3,3 та 3,2 %; за ХХ і холангітом — на 2,2 та 1,9 % відповідно). У 2012 р. було зафіксовано різке зниження поширеності як ЖКХ, так і ХХ і холангіту. За один цей рік були відзначені темпи зниження на рівні 15,1 та 13,1 % відповідно (рис. 1).

При аналізі рівня захворюваності (щорічної кількості вперше виявлених випадків захворювань) виявлено, що у період 2006–2012 рр. показник вперше встановлених діагнозів ЖКХ зменшився з 106,4 до 89,6 на 100 тис. населення відповідно, темп зниження становив 15,8 %. Вивчення показника захворюваності за кожний рік виявило таке: у 2007 р. відбулось його зменшення на 0,7 %, у наступні 4 роки було зареєстровано зростання (2008 р. — на 0,2; 2009 р. — на 1,5; 2010 р. — на 0,6 та 2011 р. — на 1,9 %). За 2012 р. показник вперше встановлених діагнозів ЖКХ знизився на 18,6 %, що й зумовило суттєве його зменшення загалом за останні 7 років.

Показник вперше встановлених діагнозів ХХ і холангіту становив у 2012 р. 268,1 проти 305,5 у 2006 р. на 100 тис. населення, темп зниження становив 12,2 %. До 2012 р. відбувалось щорічне зменшення кількості нових випадків патології, за винятком 2008 р., коли показник захворюваності зріс на 2,0 %. Максимальний темп зниження цього показника також зареєстровано у 2012 р., за цей рік кількість уперше встановлених діагнозів зменшилась на 9,4 %, що, напевно, було наслідком зменшення звернень населення за медичною допомогою, оскільки реальне зниження показника захворюваності на ХХ і холангіт суперечить тенденціям формування та розвитку патології біліарної системи: у розвинутих країнах відмічають потужне зростання кількості таких пацієнтів [3] (рис. 2).

Нові економічні умови потребують точної діагностики та швидкого лікування пацієнта при максимально короткому терміні перебування хворого в стаціонарі. Перспективи в радикальному хірургічному лікуванні пацієнтів на ЖКХ появились завдяки впровадженню в

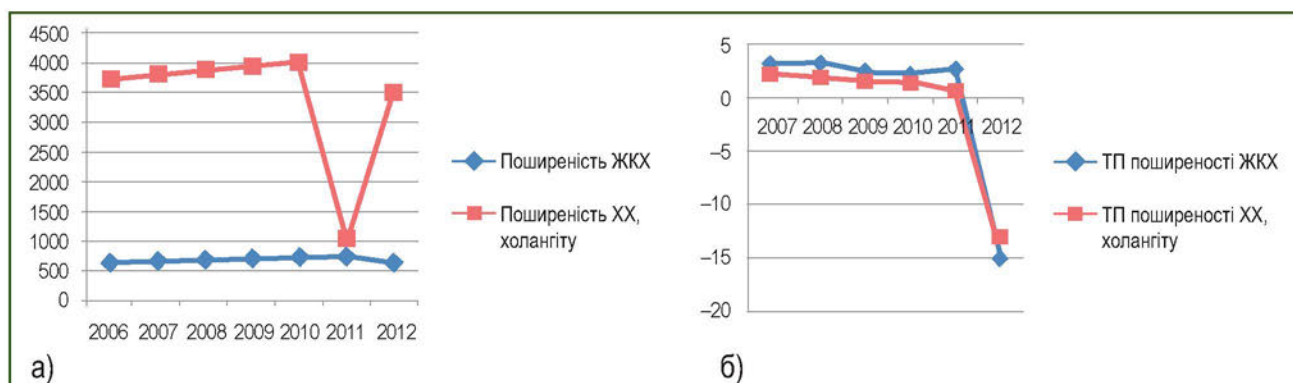


Рисунок 1 — а) поширеність ЖКХ, ХХ, холангіту (показники на 100 тис. населення); б) темп приросту поширеності ЖКХ, ХХ, холангіту (%)

клінічну практику таких малотравматичних операцій, як лапароскопічна холецистектомія та холецистектомія із міні-доступу. Такі операції, що забезпечують більш швидке одужання, зменшення дискомфорту в післяопераційному періоді, раннє повернення до активної діяльності поряд із косметичним ефектом, стали популярними як серед лікарів, так і серед пацієнтів із ЖКХ. Проте при гострому калькульозному холециститі до міні-інвазивних втручань звертаються значно рідше, що пов'язано із значними технічними труднощами їх виконання при гострому запаленні жовчного міхура та більш частими переходами до лапаротомії [4].

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, холецистектомії при ХХ становлять до 10,0 % у структурі операцій на органах травлення та черевної

порожнини, які, у свою чергу, становлять близько 14,0 % від усіх оперативних втручань.

При вивченні динаміки показників оперативних втручань у пацієнтів із хворобами біліарної системи (холецистектомії при ХХ та операції на жовчних протоках) було встановлено, що їх абсолютна кількість за 7 років (2006–2012 рр.) дещо зросла з 36 387 операцій у 2006 р. до 36 573 — у 2012 р., темп зростання становив 0,5 %.

Зростання відбулось за рахунок числа операцій на жовчних протоках, абсолютна кількість яких за вказаний період збільшилась на 18,7 %. Динаміка цих операцій була нерівномірною, їх число у різні роки коливалось від 3613 у 2007 р. до 4822 операцій у 2012 р. з темпом зміни показника від 11,1 % у 2007 р. до 16,6 % у 2012 р. (рис. 3).

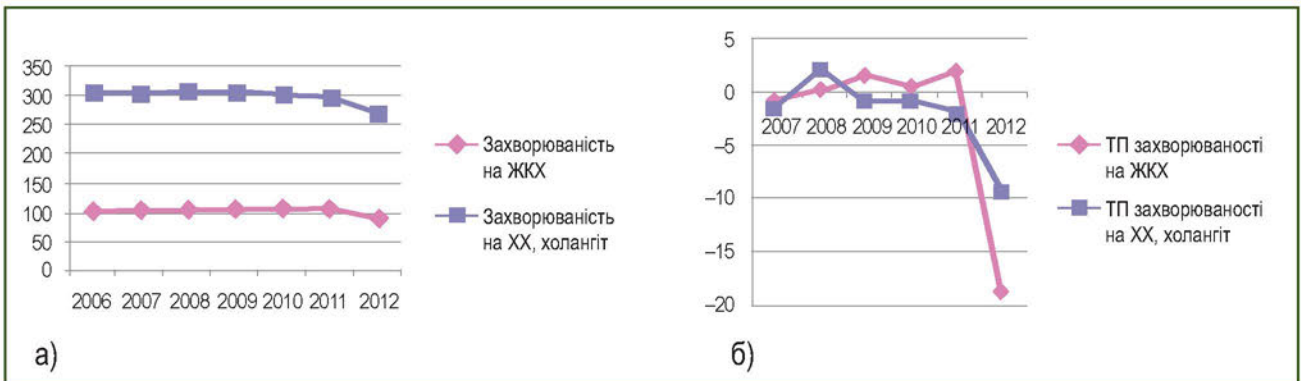


Рисунок 2 — а) захворюваність на ЖКХ, ХХ, холангіт (показники на 100 тис. населення); б) темп приросту захворюваності на ЖКХ, ХХ, холангіт (%)

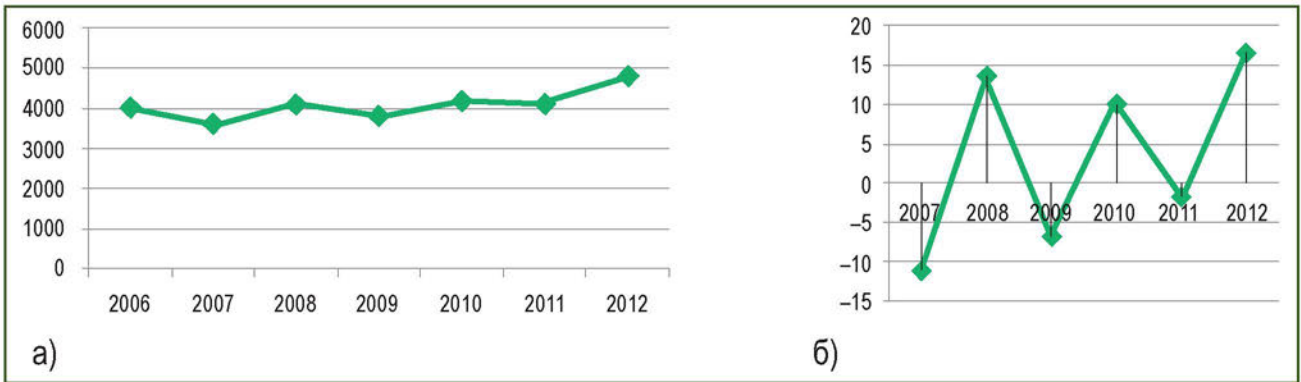


Рисунок 3 — а) операції на жовчних протоках (абс.), б) темп приросту (%)



Рисунок 4 — а) холецистектомії при ХХ (абс.), у тому числі при ЖКХ (абс.); б) темп приросту (%)

З іншого боку, кількість холецистектомій при ГХ за період 2006–2012 рр. поступово зменшувалась з 32 323 операцій у 2006 р. до 31 751 у 2012 р. (темп зниження 1,8 %). При аналізі числа холецистектомій за роками було виявлено, що у 2007, 2008 та 2009 рр. воно зменшувалось щорічно. У наступні 2 роки кількість цих втручань зростала: у 2010 р. — на 5,7 %, у 2011 р. — на 5,0 %. За останній 2012 рік зареєстровано зниження числа холецистектомій на 2,3 %.

За даними літератури, причиною гострого холецистити (ГХ) та його ускладнень у 95 % випадків є ЖКХ [5]. Це також підтверджується даними офіційної статистики МОЗ України: холецистектомії при ЖКХ в останні 7 років становили понад 96,0 % випадків (рис. 4).

Питання про терміновість виконання операції різними хірургами трактується неоднозначно, а іноді думки виявляються діаметрально протилежними [6]. На сьогодні кількість планових операцій при ЖКХ у країні знизилась. Якщо у 2006 р. щорічно виконувалось 19 420 таких втручань, то у 2012 р. їх число зменшилось до 17 054, темп зниження становив 12,2 % (рис. 5). У перерахунку на 10 тис. дорослого населення кількість планових операцій у період з 2006 по 2012 р. знизилась з 4,1 до 3,8 (темп зниження становив 7,3 %). Такі обставини сприяють збільшенню числа пацієнтів з ускладненими формами ЖКХ, запальними та обструктивними захворюваннями жовчних шляхів, серед яких ГХ займає провідне місце, оскільки результати лікування таких пацієнтів багато

в чому залежать від строків проведення хірургічного втручання.

Оцінюючи термінову хірургічну допомогу при ГХ за 7 останніх років (2006–2012 рр.), ми проаналізували всі офіційно зареєстровані випадки стаціонарного лікування, у тому числі при надходженні хворого після 24 годин, кількість операцій та післяопераційну летальність. Було виявлено зростання як абсолютної кількості хворих, доставлених в стаціонар, так і показника на 10 тис. населення (на 2,8 та 5,8 % відповідно). Зростання по роках відбувалось майже рівномірно, за винятком 2008 та 2011 рр., коли число таких пацієнтів зменшилось: у 2008 р. — на 1,0 та 0,5 % відповідно; у 2011 р. — на 3,1 та 2,7 % відповідно. Найбільший темп приросту абсолютного числа випадків госпіталізації пацієнтів із ГХ та показника на 10 тис. населення був зареєстрований у 2010 р. (на 3,1 та 3,5 % відповідно).

Важливою проблемою залишається госпіталізація пізніше ніж через 24 години. Питома вага таких випадків у загальній кількості доставлених в стаціонар хворих при ГХ у 2006 та 2012 рр. становила 46,5 та 47,3 % відповідно, тобто практично не змінилась. Упродовж всього періоду цей показник був стабільним, коливаючись в інтервалі 46,0–47,0 % (рис. 6).

Зміна загальної кількості операцій при ЖКХ (екстрених і планових), що відбулась за досліджений період, певною мірою дозволяє відповісти на питання, наскільки доцільними були зміна тактики щодо ЖКХ

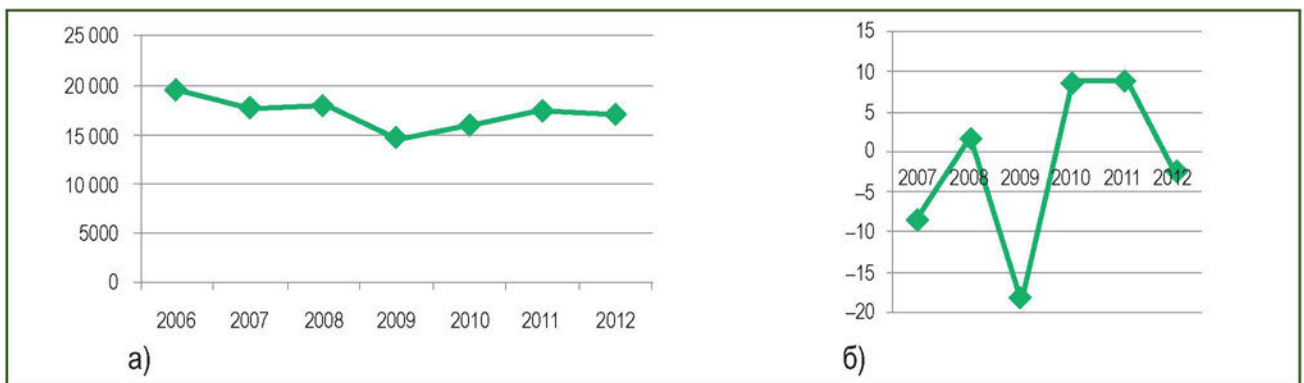


Рисунок 5 — а) планові операції при ЖКХ; б) темп приросту

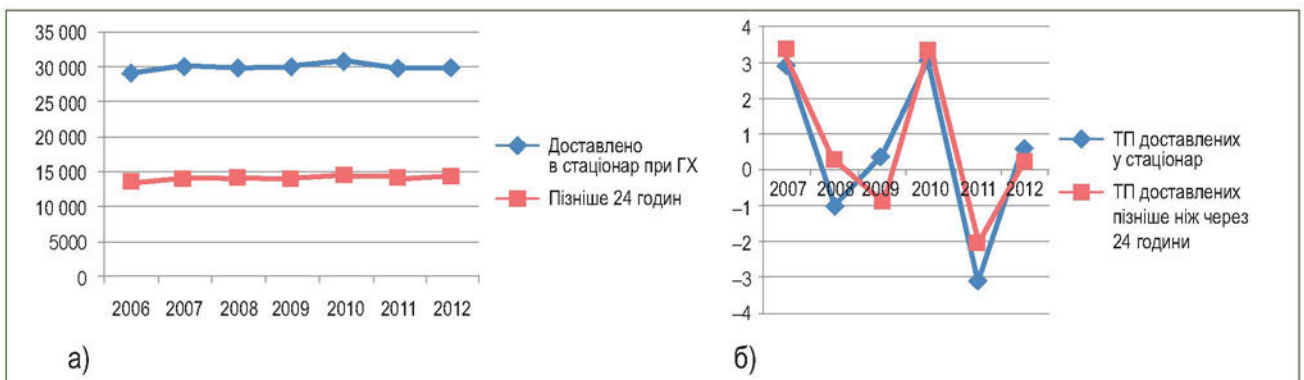


Рисунок 6 — а) доставлено в стаціонар хворих при ГХ, у тому числі пізніше ніж через 24 години (абс.); б) темп приросту числа доставлених в стаціонар хворих при ГХ, у тому числі пізніше ніж через 24 години (%)

і суттєве скорочення планових операцій. Якщо в результаті цього відбулось збільшення загальної кількості операцій при ГХ, то таку тактику можна вважати помилковою.

Встановлено, що в Україні загальна кількість операцій (абсолютні дані) при ГХ за 7 років збільшилась на 15,0 % і становила у 2012 р. 19 519 проти 16 967 у 2006 р. (рис. 7).

При цьому показник на 10 тис. населення підвищився майже на 20,0 % (у 2012 р. — 4,3 операції на вказану кількість населення проти 3,6 — у 2006 р.). У цей період у структурі всіх хірургічних втручань на органах біліарного тракту понад половину випадків становили операції при ГХ. Також звертаємо увагу на зростання питомої ваги термінових операцій від загальної кількості на 17,6 % (рис. 8).

У зв'язку з такою динамікою в подальшому дослідженні нами були вивчені показники, що характеризують результати хірургічного лікування хворих ГХ. Основними є смертність після операції та післяопераційна летальність.

У статистичних дослідженнях хірурги намагаються виявити головні причини летальності, однак це мало кому вдається, оскільки до летального результату в конкретного хворого призводять декілька, а іноді багато причин: вік (у старших вікових групах мають значення кожні 5 років), глибина та запушеність патології (від невиявленого перитоніту або холангіту вмирають і молоді люди), час та об'єм оперативного втручання (своєчасна та не обов'язково радикальна операція врятує життя хворого).

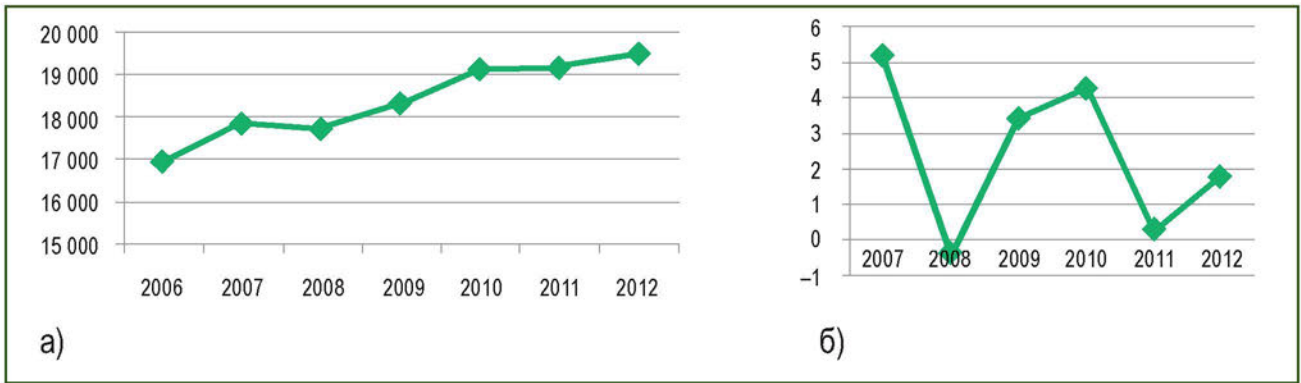


Рисунок 7 — а) кількість операцій при ГХ (абс.); б) темп приросту (%)

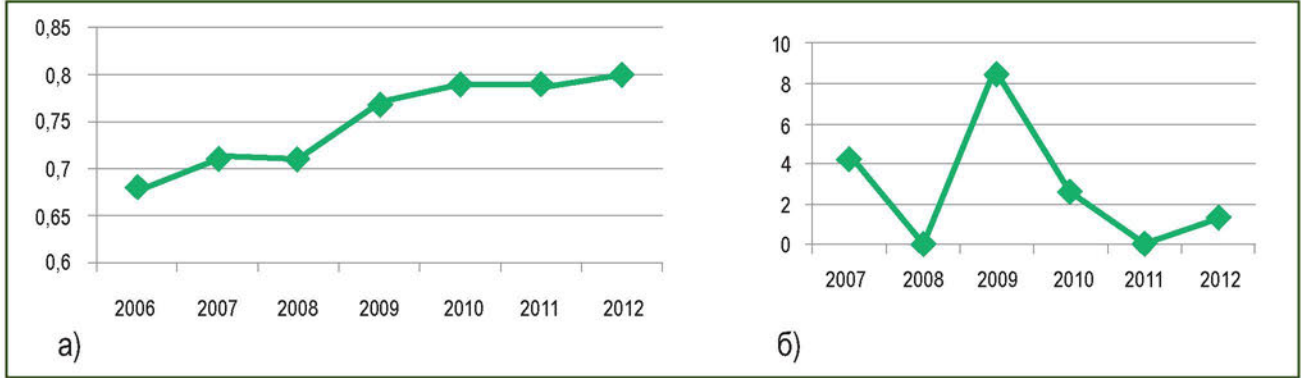


Рисунок 8 — а) питома вага термінових операцій від загальної кількості операцій при ГХ (%); б) темп приросту (%)

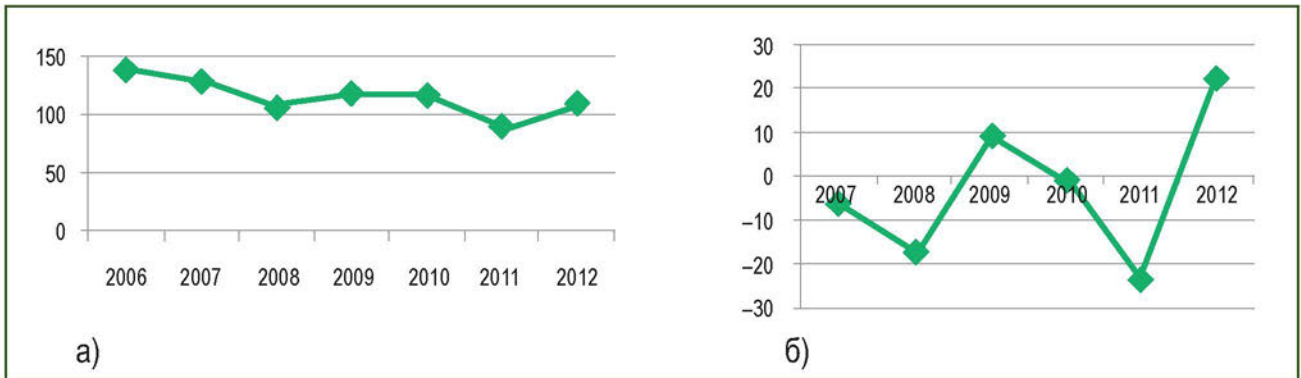


Рисунок 9 — а) усього померло після операцій при ГХ (абс.); б) темп приросту (%)

Дані літератури свідчать про зниження загальної операційної летальності після холецистектомії до 1–2%. Сюди відносять і первинні холецистектомії, і холецистектомії після лапароскопічної холецистотомії, виконані з приводу гострих та хронічних холециститів. При неускладненому ХХ летальність близька до нуля [7].

Для аналізу нами були взяті усі офіційно зареєстровані випадки смерті оперованих хворих внаслідок ГХ. Загалом за 7 років число померлих зменшилось на 20,3% і на даний час воно нижче за рівень 2006 р. (110 — у 2012 р. проти 138 осіб у 2006 р.) (рис. 9).

Також були вивчені післяопераційна летальність і післяопераційна летальність при пізній госпіталізації та лікарняна летальність при ЖКХ, холециститі, холангіті (у тому числі ГХ). Оцінюючи динаміку післяопераційної летальності, можна зробити такі висновки: післяопераційна летальність за 7 останніх років помітно знизилась з 0,81% у 2006 р. до 0,56% у 2012 р., темп зниження становив 30,9%. Значне зниження показника відбулось у 2008 р. (на 16,4%) та 2011 р. (на 23,0%). У 2011 р. післяопераційна летальність дорівнювала 0,47%, що було майже в половину менше, ніж у 2006 р., коли вона становила 0,81%. Проте у 2012 р. відбулось помітне зростання цього показника до 0,56, тобто за один рік післяопераційна летальність підвищилась на 19,1%.

Схожі закономірності встановлені при аналізі післяопераційної летальності при пізній госпіталізації. Цей показник у 2006 р. було зареєстровано на рівні 1,0%. У наступні роки він починає послідовно знижуватись до 0,53 у 2011 р. Виняток становив уже відомий 2012 р., коли післяопераційна летальність при пізній госпіталізації досягла за рік 0,68% (темپ приросту дорівнював 28,3%). Загалом за 7 років відзначено зменшення даного показника на 32,0%.

Зниження летальності відбувалося не за рахунок покращення об'єктивних показників (наприклад, зменшення віку оперованих пацієнтів, питомої ваги ускладнених випадків, термінів доставки хворих до стаціонару), а за рахунок удосконалення суб'єктивних факторів (підвищення кваліфікації хірургічних бригад, впровадження нових принципів організації екстреної та планової хірургії жовчних шляхів, кращого відбору хворих на екстрену та термінову операції, покращення якості прогнозуван-

ня перебігу нападу та визначення об'єму втручання). Резервом подальшого зниження летальності є покращення об'єктивних факторів, зниження кількості неадекватних операцій та серйозних ускладнень.

Нами була проаналізована лікарняна летальність при ЖКХ, холециститі та холангіті з 2006 до 2012 рр. За даними офіційної статистики визначено, що в абсолютній кількості вона становила 380 та 384 випадки відповідно. Упродовж 7-річного періоду були зареєстровані суттєві коливання даного показника. Так, у 2008 р. він сягнув значення 595 випадків проти 360 у 2007 р., тобто за 1 рік відбулось зростання на 65,3%. У наступному 2009 р. лікарняна летальність знизилась до 330 випадків (темп зниження 44,5%). У відсотковому відношенні до кількості пацієнтів, які вибули із стаціонару, лікарняна летальність при вказаних біліарних захворюваннях за весь період спостереження була стабільною і становила 0,3% за винятком 2008 р., коли вона була зареєстрована на рівні 0,5%.

Майже половину випадків лікарняної летальності при захворюваннях біліарної системи становлять випадки ГХ. При ГХ лікарняна летальність по роках набула тенденцію до зменшення: зі 150 випадків у 2006 р. до 128 — у 2012 р. (темп зниження становив 14,7%), окрім 2009 та 2011 рр., коли спостерігалось підвищення даного показника на 8,3 та 10,7%. Відсоткове відношення до кількості пацієнтів, які вибули із стаціонару, знизилось за період 2006–2012 рр. на 20,0% і у 2012 р. дорівнювало 0,4% (рис. 10).

Дуже важливим показником при вивченні стану хірургічної допомоги при ГХ є питома вага термінових операцій від їх загальної кількості. Встановлено, що такі операції становили від 68,0% у 2006 р. до 80,0% у 2012 р. Відзначено поступове зростання цього показника упродовж всього періоду та його коливання в інтервалі 70,0–79,0% із загальним темпом приросту 17,6%.

Таким чином, в Україні за період 2006–2012 рр. відбулось зниження показників поширеності та захворюваності на ЖКХ, ХХ і холангіт. Така динаміка показників більшою мірою пов'язана із зовнішніми факторами (умови життя, кризові явища в суспільстві), ніж із тенденціями формування та розвитку патології біліарної системи.

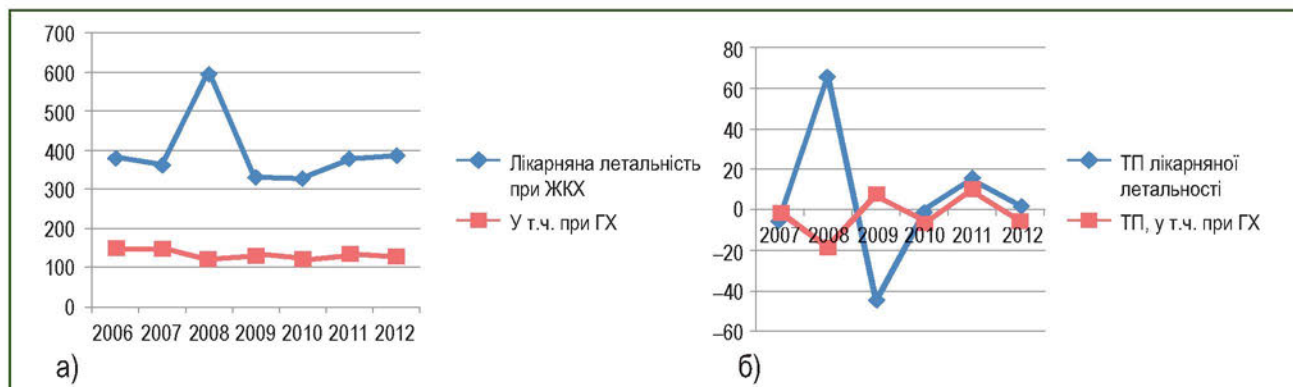


Рисунок 10 — а) лікарняна летальність при ЖКХ, ХХ, холангіті (абс.) — померло в стаціонарі, у тому числі при ГХ; б) темп приросту (%), у тому числі при ГХ

Водночас зі зменшенням кількості зареєстрованих пацієнтів із ЖКХ, ХХ і холангітом збільшилось число операцій при ГХ, а також відзначене зростання питомої ваги термінових операцій щодо їх загальної кількості.

На даний час смертність від операцій внаслідок ГХ знизилася порівняно з рівнем 2006 р., відбулось зменшення післяопераційної летальності, у тому числі при пізній госпіталізації.

Незважаючи на це, проблема хвороб біліарної системи далека від свого повного рішення, оскільки вони посідають 1-ше місце у структурі гастроентерологічної патології, а ГХ — 2-ге місце за кількістю операцій серед усіх хірургічних захворювань черевної порожнини.

В останні роки багато хворих були врятовані при виникненні тяжких ускладнень біліарних захворювань. Та разом з цим не можна не відмітити, що хірургічні втручання нерідко безнадійно запізнюються. Тому потрібно загострити увагу хірургів, які оперують на органах біліарної системи, на аналізі ускладнень, при яких необхідно прийняти дуже важливе рішення про необхідність операції.

Список літератури

1. *Gallstone disease in young population: incidence, complications, therapeutic approach* / T. Constantinescu, A.L. Huwood,

A.K. Jabouri [et al.] // *Chirurgia (Bucur)*. — 2012. — Vol. 107(5). — P. 579-582.

2. *Gallstone disease in the elderly: are older patients managed differently?* / S. Bergman, N. Sourial, I. Vedel [et al.] // *Surg. Endosc.* — 2011. — Vol. 25. — P. 55-61.

3. *Reshetnyak V.I. Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis* / V.I. Reshetnyak // *World J. Hepatol.* — 2012. — Vol. 4(2). — P. 18-34.

4. *ERCP on a cohort of 2,986 Patients with cholelithiasis: a 10-year experience of a single center* / M. Tantau, V. Mercea, D. Crisan [et al.] // *J. Gastrointest Liver Dis.* — 2013. — Vol. 22(2). — P. 141-147.

5. *Reshetnyak V.I. Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis* / V.I. Reshetnyak // *World J. Hepatol.* — 2012. — Vol. 4(2). — P. 18-34.

6. *Natural history of gallstone disease: Expectant management or active treatment? Results from a population-based cohort study* / D. Festi, M.L. Reggiani, A.F. Attili [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2010. — Vol. 25(4). — P. 719-724.

7. *Ruhl C.E. Gallstone disease is associated with increased mortality in the United States* / C.E. Ruhl, J.E. Everhart // *Gastroenterology*. — 2011. — Vol. 140. — P. 508-516.

Отримано 20.11.13 □

Степанов Ю.М., Скирда І.Ю.
 ГУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
 г. Днепропетровск

Stepanov Yu.M., Skyrda I.Yu.
 State Institution «Institute of Gastroenterology
 of National Academy of Medical Sciences of Ukraine»,
 Dnipropetrovsk, Ukraine

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ВТОРИЧНОМ УРОВНЕ

Резюме. Проанализированы распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ), хронического холецистита (ХХ) и холангита, заболеваемость этой патологией, а также хирургическая активность и послеоперационная летальность вследствие оперативных вмешательств на органах билиарной системы среди населения Украины за последние 7 лет (2006–2012 гг.). Произошло снижение показателей распространенности ЖКБ, ХХ и холангита и заболеваемости этой патологией. Такая динамика показателей в большей степени связана с внешними факторами (условия жизни, кризисные явления в обществе), чем с тенденциями формирования и развития патологии билиарной системы. Одновременно с уменьшением количества зарегистрированных пациентов с ЖКБ, ХХ и холангитом увеличилось число операций при остром холецистите, а также отмечен рост удельного веса срочных операций от их общего количества. В настоящее время смертность от операций вследствие острого холецистита снизилась по сравнению с уровнем 2006 г., произошло уменьшение послеоперационной летальности, в том числе при поздней госпитализации. Несмотря на это, проблема болезней билиарной системы далека от своего полного решения, поскольку они занимают 1-е место в структуре гастроэнтерологической патологии, а острый холангит — 2-е место по количеству операций среди всех хирургических заболеваний брюшной полости. Поэтому нужно заострить внимание хирургов, оперирующих на органах билиарной системы, на анализе осложнений, при которых необходимо принять очень важное решение о необходимости операции.

Ключевые слова: заболевания билиарной системы, хирургическая помощь.

MAIN INDICATORS OF SURGICAL CARE FOR PATIENTS WITH BILIARY PATHOLOGY AT THE SECONDARY LEVEL

Summary. The authors analyzed the prevalence of cholelithiasis, chronic cholecystitis (CC) and cholangitis, the incidence of this pathology, as well as surgical activity and postoperative mortality due to surgical interventions on the biliary system among the population of Ukraine in the last 7 years (2006–2012). There was a reduction in the prevalence of cholelithiasis, CC and cholangitis and incidence of this pathology. Such dynamics is largely associated with external factors (living conditions, the crisis in society) than with the trends of forming and development of the pathology of the biliary system. While reducing the number of registered patients with cholelithiasis, CC and cholangitis, number of operations in acute cholecystitis increased, as well the proportion of urgent operations of their total number. Currently, mortality due to operations for acute cholecystitis decreased compared to 2006, there was a reduction of postoperative mortality, including that one in late hospitalization. Despite this, the problem of diseases of the biliary system is far from complete solution, as they take 1st place in the structure of gastroenterological pathology, and acute cholangitis — 2nd place by the number of operations of all surgical diseases of the abdominal cavity. Therefore, we must focus attention of surgeons who carry out operations on the organs of the biliary system, at the analysis of complications in which you must make a very important decision about the need for surgery.

Key words: diseases of the biliary system, surgical care.