

ОЦІНКА МЕДИЧНИХ ПОТРЕБ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Володимир М. Богомаз, Тетяна Є. Стародуб

Кафедра внутрішніх хвороб стоматологічного факультету, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме

Мета. Ретроспективно вивчити динаміку показників медичної допомоги при жовчнокам'яній хворобі в Україні та оцінити потреби амбулаторного післяопераційного спостереження пацієнтів після холецистектомії.

Матеріали та методи. Проаналізовано кількість дорослих хворих, госпіталізованих з приводу жовчнокам'яної хвороби, холециститу, холангіту (K80, K81, K82.2, K83.0 за МКХ-10), кількість холецистектомій з приводу гострого та хронічного холециститів, рівні госпітальної та післяопераційної летальності в період 2014-2023 років. Для статистичного аналізу використані публічні дані Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України та Державної служби статистики України. Для оцінки клінічного стану пацієнтів після холецистектомії було розроблено спеціалізований опитувальник, що включав демографічні дані, особливості анамнезу хвороби та життя, больового, диспепсичного синдромів та симптоми «червоних прапорців».

Результати. Кількість операцій в Україні з приводу гострого та хронічного калькульозного холециститу в дорослих упродовж останнього десятиріччя варіювала від 30,5 тис. до 58 тис. на рік. У перерахунку на 100 тис. нас. за останні 10 років кількість холецистектомій досягла свого історичного максимуму – 160,5 на 100 тис. нас. у 2023 році. Спостерігалось різке зменшення рівня госпіталізації з приводу жовчнокам'яної хвороби, холециститу, холангіту та підвищення рівня госпітальної летальності серед дорослого населення в роки пандемії Covid-19 та на початку повномасштабної військової агресії (2020-2022 рр.).

Висновки. Менеджмент хворих після холецистектомії є актуальною проблемою для лікарів загальної практики, терапевтів, гастроентерологів, оскільки близько 25% прооперованих можуть потребувати порад лікаря з приводу різноманітних абдомінальних симптомів після успішної холецистектомії.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, холецистектомія, госпітальна летальність, амбулаторна медична допомога

ВСТУП

Поширеність жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у загальній популяції складає 10-15%. Гострий калькульозний холецистит (ГКХ) є клінічною маніфестацією у 10-15% пацієнтів з ЖКХ. Понад 20% пацієнтів з ЖКХ, ймовірно, потребуватимуть хірургічного лікування [17]. Токійські рекомендації [28] та рекомендації Всесвітньої асоціації невідкладної хірургії [17] визначають ранню холецистектомію (ХЕ) стандартом лікування жовчнокам'яної хвороби для більшості пацієнтів. Тривають дискусії щодо доцільності застосування

холецистектомії у хворих з високим ризиком та людей літнього віку [4, 25, 7].

Поширеність жовчнокам'яної хвороби в Україні зростає з віком [22]. Похилий вік є самостійним чинником, що може негативно впливати на післяопераційні результати [6].

У європейських країнах з великою кількістю населення виконується від 45 000 до 175 000 ХЕ щорічно, переважно лапароскопічно [11, 15, 20]. Незважаючи на те, що ХЕ вважається відносно безпечним втручанням, ризик розвитку серйозних ускладнень у прооперованих складає 6-9%, а ризик летальності – 0,1-1% [24]. За

даними міжнародного дослідження за участю 57 країн, виявлено, що післяопераційні ускладнення на 30-й день спостерігаються у 8% випадків, а післяопераційна летальність складала 0,4%. Найчастішими ускладненнями були витік жовчі (1,3%) та пошкодження жовчних шляхів (0,2%) [27]. За даними дослідження Індійської асоціації шлунково-кишкових ендоскопічних хірургів, 30-денна смертність після ХЕ складає 0,2% [23].

За даними Arora et al. (2018), частота клінічних симптомів через 6 місяців після ХЕ складає 13%, хоча причину симптомів вдається виявити лише у 0,97% [2]. Важко оцінити, у яких пацієнтів після операції з'являються нові або залишаються старі клінічні прояви хвороби, адже патологічний симптомокомплекс, що спостерігається в післяопераційному періоді, може бути спричинений як безпосередніми наслідками втручання, так і наявністю захворювань, які не були своєчасно діагностовані, але не пов'язані з гепатобіліарною системою та функціональними розладами органів травлення [13]. Згідно з дослідженням Kobiela (2020), загальний рівень повторної госпіталізації після лапароскопічної холецистектомії складає 3,3% із широким діапазоном від 0% до 11,7% [12].

Пацієнти, у яких зберігається абдомінальна симптоматика, потребують повторного ретельного обстеження. Сталість симптомів погіршує якість життя та створює значний тягар витрат системи охорони здоров'я [26]. Для вирішення клінічних проблем після ХЕ необхідна досвідчена мультидисциплінарна команда [1].

Частота випадків збереження абдомінального болювого синдрому або диспепсичного синдрому після ХЕ в українській популяції пацієнтів досліджена обмежено. Медичні потреби прооперованих пацієнтів у післяопераційному періоді вивчені недостатньо, та алгоритми їх менеджменту потребують актуалізації.

МЕТА

Проаналізувати динаміку показників медичної допомоги при ЖКХ в Україні та оцінити медичні потреби амбулаторного післяопераційного спостереження пацієнтів після ХЕ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний порівняльний аналіз показників річних звітів ліцензованих МОЗ України закладів охорони здоров'я з 2014 по 2023 роки. Проаналізовано кількість дорослих хворих, госпіталізованих з приводу ЖКХ, холециститу, холангіту (K80, K81, K82.2, K83.0 за МКХ-10), кількість ХЕ з приводу гострого та хронічного холециститів, рівні госпітальної та післяопераційної летальності. Для статистичного аналізу використані публічні дані Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України та Державної служби статистики України.

Для оцінки клінічного стану пацієнтів після ХЕ було розроблено електронний опитувальник, що включав демографічні дані, особливості анамнезу хвороби та життя, болювого та диспепсичного синдромів. Виявлення при опитуванні симптомів «червоних прапорців» (порушення ковтання, біль під час ковтання, блювання, домішки крові в блювотних масах, домішки крові в калі, кал чорного кольору, немотивоване зниження ваги, зниження або відсутність апетиту, озноб, лихоманка) передбачало обов'язковий очний візит до лікаря.

Статистичний аналіз результатів дослідження проведений у пакеті EZR (R-statistics) Version 2.8-0. При статистичному аналізі кількісних ознак проводилася перевірка розподілу показників на нормальність за критерієм Шапіро-Уїлка. Закон розподілу відрізнявся від нормального, тому для представлення даних розраховувалася медіана та міжквартильний інтервал Me (QI-QIII). Робота схвалена локальною етичною комісією.

РЕЗУЛЬТАТИ

Кількість ХЕ з приводу гострого та хронічного калькульозного холециститу в дорослих в Україні протягом останнього десятиріччя варіювалася від 30,6 тис. до 58,2 тис. на рік під впливом різних системних факторів. У перерахунку на 100 тис. нас. за останні 10 років кількість ХЕ досягла свого історичного максимуму – 160,5 на 100 тис. нас. у 2023 році (Рис. 2, Рис. 3).

Серед прооперованих з приводу хронічного холециститу за останнє десятиліття 62,4-71,6% складали міські жителі, що співвідносно з сучасною структурою населення України.

За даними МОЗ України, з 2014 по 2019 роки рівні госпіталізацій та госпітальна летальність з приводу ЖКХ, холециститу, холангіту (K80, K81, K82.2, K83.0 за МКХ-10) коливались у межах 207,8-253,7 на 100 000 населення та 0,21-0,25% відповідно (Рис. 1).

Простежено різке зменшення рівня госпіталізації з приводу ЖКХ, холециститу, холангіту та виражене підвищення рівня госпітальної летальності серед населення України в роки пандемії Covid-19. На нашу думку, такі особливості зумовлені комплексом причин. Частина пацієнтів боялася потрапити до лікарні, де одночасно приймали хворих з COVID-19, через ризик інфікування вірусом, що призвело до зниження кількості звернень до лікарів і медичних закладів. Обмеження щодо госпіталізацій на планові оперативні втручання були запроваджені адміністративно на період пандемії в багатьох країнах світу, включаючи Україну. Заклади охорони здоров'я були змушені відтермінувати або навіть скасувати планові операції, щоб звільнити ресурси для

пацієнтів із COVID-19 з метою надання невідкладної допомоги. Через це частина пацієнтів з ЖКХ не отримала своєчасного лікування, що могло збільшити ризик ускладнень та підвищити рівень летальності. Дослідження показують, що подібні тенденції

спостерігались у багатьох країнах під час пандемії, де рівень планових операцій значно знизився, а кількість ургентних операцій та госпітальна летальність, навпаки, збільшилася через зростання тяжкості госпіталізованих хворих [14].

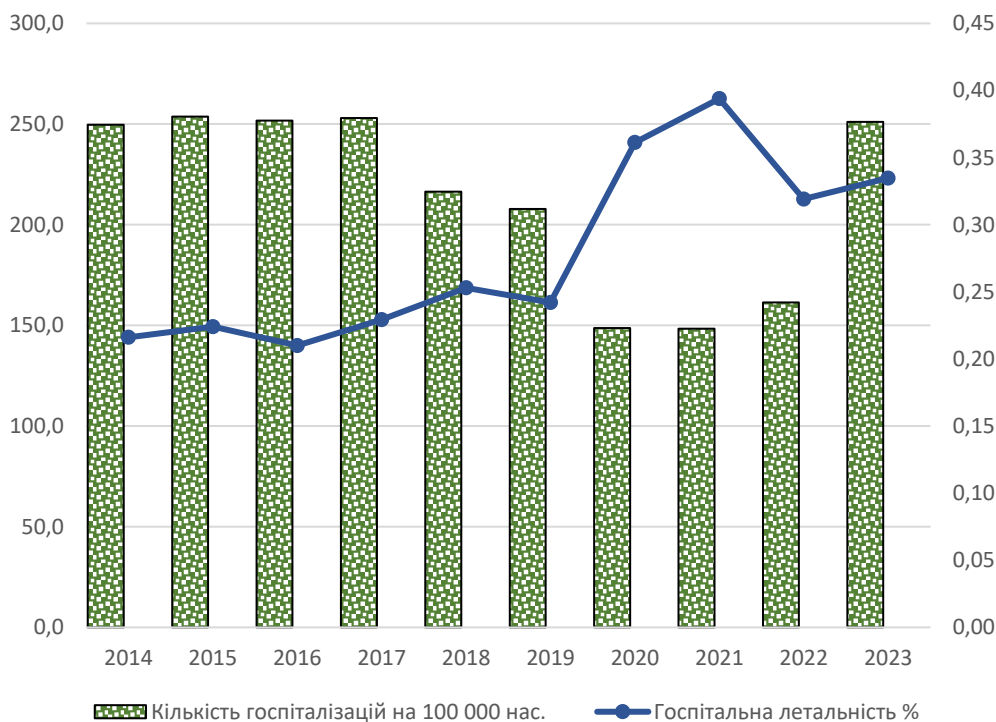


Рисунок 1. Кількість госпіталізацій та госпітальна летальність за кодами МКХ-10 K80, K81, K82.2, K83.0 серед дорослого населення України.

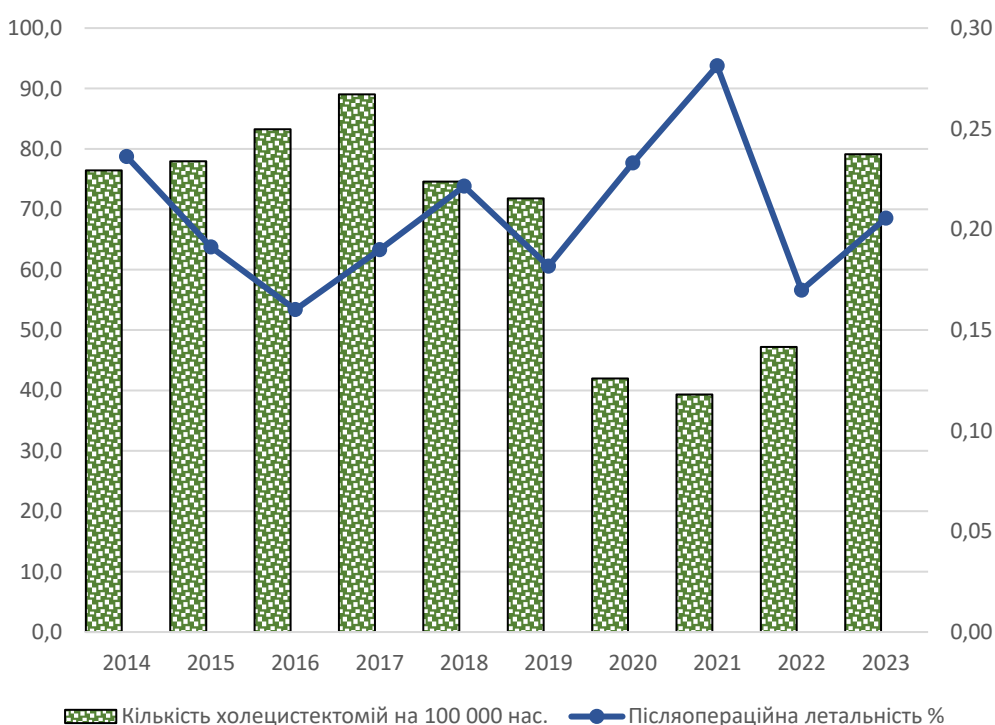
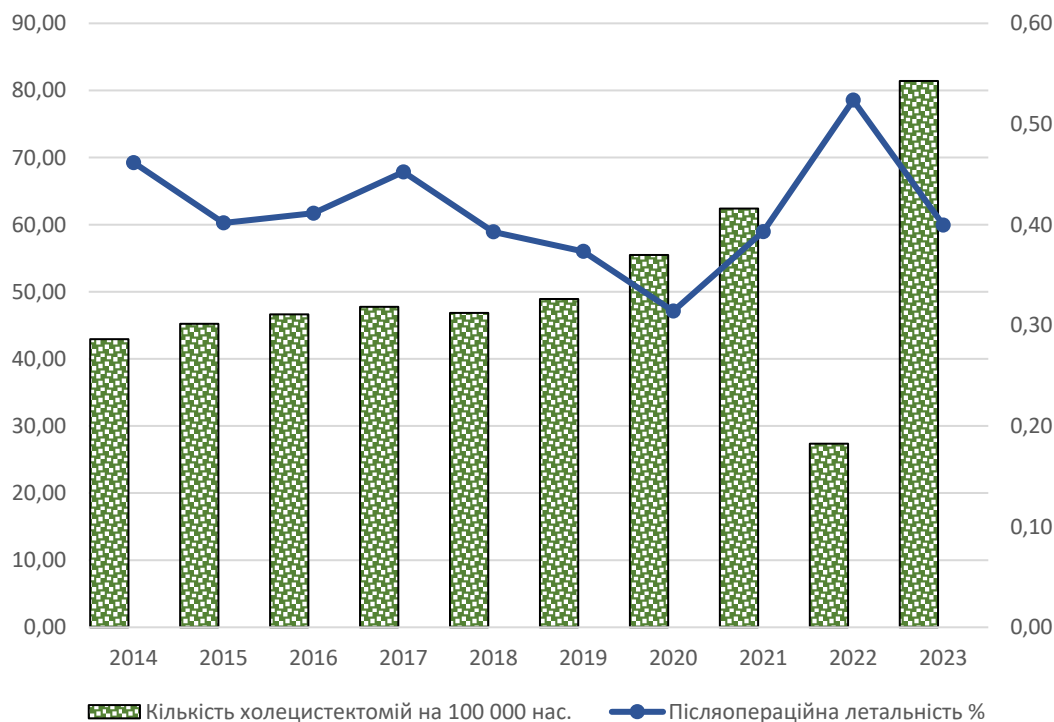


Рисунок 2. Кількість холецистектомій при хронічних холециститах та післяопераційна летальність в Україні (2014-2023 рр.).



Рисunek 3. Кількість оперованих з приводу гострого холециститу та післяопераційна летальність в Україні.

У 2022 році на кількість госпіталізацій, на нашу думку, вплинули повномасштабна російська агресія, масова міграція пацієнтів та медичних працівників, руйнування закладів охорони здоров'я. Повернення рівня госпіталізацій до 251,1 на 100 000 населення у 2023 році вказує на стабілізацію роботи закладів охорони здоров'я, відновлення доступності хірургічної допомоги населенню та адаптацію системи охорони здоров'я до роботи в умовах військового стану.

Проведено онлайн-анкетування 61 пацієнта, що перенесли лапароскопічну ХЕ без післяопераційних ускладнень у закладі охорони здоров'я вищого рівня акредитації. Для збору даних використана Google Форма, яку пацієнти заповнювали самостійно за запрошенням електронною поштою та телефонним нагадуванням. Розподіл учасників за статтю включав 39 (63,9%) жінок та 22 (36,1%) чоловіки. Планова операція була проведена в 36 (59%) випадках, ургентна у 25 (41%) випадках. Середній ліжко-день стаціонарного лікування пацієнтів склав 1,34 доби. Медіана віку загальної вибірки Me (QI-QIII) 52 (36-62) роки, серед жінок – Me (QI-QIII) 56 (41-64) років, серед чоловіків – Me (QI-QIII) 39,5 (34-58) років.

Заповнили анкету 20 (відгук – 32,7%) пацієнтів. Серед них 9 чоловіків та 11 жінок. Середній вік респондентів склав $52,9 \pm 15,4$ років. Планова операція була проведена в 11 (55%) випадках, ургентна у 9 (45%) випадках. Згідно з відповідями респондентів, кожен 4-й пацієнт (25%) через місяць після операції відчував періодичний біль в животі переважно незначний,

лише один пацієнт (5%) вказував на наявність помірного болю різної локалізації (епігастрій, праве підреб'я, навколупупкова зона, права бокова, ліва клубова ділянки). Жоден з респондентів на момент опитування не використовував знеболюючі препарати в післяопераційному періоді, що вказує на високу ефективність хірургічного втручання. Одна пацієнтка 68 років з онкологічним анамнезом зазначила наявність симптомів «червоних прапорців» (порушення ковтання, зниження або відсутність апетиту, озноб, лихоманка) та була запрошена на повторний очний прийом до лікаря.

Керуючись результатами опитування, можна передбачати, що до 25% пацієнтів можуть потребувати порад лікаря з приводу різноманітних абдомінальних симптомів після успішної ХЕ. Для уточнення достовірності цієї інформації необхідне проведення дослідження на більшій кількості пацієнтів у декількох медичних центрах та в ширшому віковому діапазоні когорти пацієнтів.

ДИСКУСІЯ

Якість життя пацієнтів після ХЕ є важливим показником ефективності лікування ЖКХ. Дослідження показують, що в більшості випадків після операції спостерігається значне покращення стану здоров'я, особливо у випадках, коли пацієнти страждали від частих нападів жовчних кольок та важкої диспепсії до операції. Проте в частини пацієнтів можуть виникати нові або зберігатися попередні

симптоми, що погіршує якість їхнього життя. Вивчення цього аспекту є важливим для розробки стратегій покращення післяопераційного догляду [10, 2].

Традиційно у вітчизняній медичній практиці за відсутності ранніх післяопераційних ускладнень спостереження за пацієнтом забезпечують сімейні лікарі або лікарі-гастроентерологи шляхом активного звернення пацієнта. Ультразвукове трансабдомінальне дослідження органів черевної порожнини є доступним інструментом оцінки об'єктивного стану хворих і фінансується коштами Національної Служби здоров'я України. Незначна частина пацієнтів у ранньому та віддаленому післяопераційних періодах може потребувати високоякісних візуалізаційних методів діагностики: ендосонографії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, езофагогастроудоденоскопії, магнітно-резонансної холангіопанкреатографії та/або комп'ютерної томографії. У рамках чинної моделі вітчизняної системи охорони здоров'я, основним завданням сімейного лікаря та інших спеціалістів є своєчасна ідентифікація цієї групи пацієнтів серед інших прооперованих. Потрібно вдосконалити методи комунікації з пацієнтами для збільшення ефективності роботи лікарів та усунення ризиків недооцінки патологій.

Телемедичні технології стають звичним інструментом медичної практики в багатьох країнах [19, 16, 5]. У дослідженні Soegaard Ballester et al. (2018) більшість пацієнтів вказали зручність (55%), економію часу (34%) і зменшення витрат на дорогу (22%) як основні переваги телеконсультацій [21]. Зростання загальної кількості прооперованих пацієнтів актуалізує розвиток дистанційних інструментів роботи сімейних лікарів та гастроентерологів у подальшому менеджменті цих хворих. Перевагами запропонованого нами електронного опитування є висока швидкість отримання інформації від пацієнта, економія часу лікаря та запобігання невинуватених очних візитів пацієнтів. Зважаючи на значну частку сільського та переміщеного населення в Україні, дистанційний супровід може покращити доступність медичної допомоги.

Досвід роботи в умовах пандемії засвідчив суттєві порушення в медичному обслуговуванні пацієнтів з ЖКХ [3]. Враховуючи майбутні епідемічні виклики поширення практики активного дистанційного

післяопераційного спостереження допоможе оптимізувати використання ресурсів закладів охорони здоров'я при надзвичайних ситуаціях.

ВИСНОВКИ

При активному опитуванні пацієнтів після успішної лапароскопічної холецистектомії кожен четвертий пацієнт через місяць після операції скаржився на періодичний біль в животі незначної або помірної сили. Сімейні лікарі, гастроентерологи, терапевти повинні користуватись інструментами віддаленої оцінки стану пацієнтів для своєчасного виявлення можливих ускладнень. Оцінка симптоматики і якості життя пацієнтів після холецистектомії на основі стандартизованих анкет може бути одним із елементів, що дозволять оцінити результативність лікування пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Вважаємо доцільним збільшення групи спостереження за рахунок включення пацієнтів після ХЕ декількох закладів охорони здоров'я. На шляху вдосконалення післяопераційної реабілітації пацієнтів можуть бути залучені дієтолог, гастроентеролог, психотерапевт, залежно від особливостей клінічної ситуації. За даними Poindessous et al. (2018), консультації лікаря-дієтолога після ХЕ сприяють покращенню самопочуття хворих з різними функціональними розладами [18].

ФІНАНСУВАННЯ ТА КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Дослідження не отримувало фінансування із зовнішніх джерел. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів у контексті даного дослідження.

ДОТРИМАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ

Дослідження відповідає принципам біоетики, викладеним у Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей».

ВНЕСОК АВТОРІВ

Богомаз В. М.^{A, B, C, D, E, F}

Стародуб Т. Є.^{A, B, C, D, E, F}

REFERENCES

1. Ahmad, D. S., & Faulx, A. (2020). Management of Postcholecystectomy Biliary Complications: A Narrative Review. *The American journal of gastroenterology*, 115(8), 1191-1198. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000704>
2. Arora, D., Kaushik, R., Kaur, R., & Sachdev, A. (2018). Post-cholecystectomy syndrome: A new look at an old problem. *Journal of minimal access surgery*, 14(3), 202-207. https://doi.org/10.4103/jmas.JMAS_92_17

3. Bogomaz, V., Natrus, L., Ziuz, N., & Starodub, T. (2024). Management of gallstone disease and chronic liver diseases during the COVID-19 outbreak in Ukraine: an ecological study. *International Journal of Health Governance*, 29(1), 45-53.
4. Brollo, P. P., Muschitiello, D., Calini, G., Quattrin, R., & Bresadola, V. (2022). Cholecystectomy in the elderly: clinical outcomes and risk factors. *Annali italiani di chirurgia*, 93, 160-167.
5. Caetano, R., Silva, A. B., Guedes, A. C. C. M., Paiva, C. C. N., Ribeiro, G. D. R., Santos, D. L., & Silva, R. M. D. (2020). Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cadernos de saúde pública*, 36(5), e00088920. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>
6. D'Acapito, F., Cucchetti, A., Di Pietrantonio, D., Tauceri, F., Mirarchi, M. T., Framarini, M., Bova, R., Fappiano, F., & Ercolani, G. (2022). Forecasting outcomes after cholecystectomy in octogenarian patients. *Surgical endoscopy*, 36(6), 4479-4485. <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08801-7>
7. De la Serna, S., Ruano, A., Pérez-Jiménez, A., Rojo, M., Avellana, R., García-Botella, A., Pérez-Aguirre, E., Díez-Valladares, L. I., & Torres, A. J. (2019). Safety and feasibility of cholecystectomy in octogenarians. Analysis of a single center series of 316 patients. *HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 21(11), 1570-1576. <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2019.03.373>
8. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2022). Timonina, M. (Ed.). *Chyselnist' nayavnoho naselennia Ukrainy na 1 sichnia 2022 [The population of Ukraine as of January 1, 2022]*. Kyiv. Retrieved from https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/05/zb_Nas.pdf (accessed July 10, 2024).
9. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (n.d.). *Naselennia Ukrainy 1990-2021 [The population of Ukraine 1990-2021]*. Kyiv. Retrieved from https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2022/ds/nas_rik/nas_90-2021.xlsx (accessed July 10, 2024).
10. Gach, T., Bogacki, P., Markowska, B., Bonior, J., Paplacyk, M., & Szura, M. (2021). Quality of life in patients after laparoscopic cholecystectomy due to gallstone disease – evaluation of long-term postoperative results. *Polski przegląd chirurgiczny*, 93(0), 19-24. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.4213>
11. Gutt, C., Jenssen, C., Barreiros, A. P., Götze, T. O., Stokes, C. S., Jansen, P. L., Neubrand, M., Lammert, F., für die Teilnehmer der Konsensuskonferenz, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH), Schweizer Gesellschaft für Gastroenterologie (SGH), Gesellschaft für Humangenetik (GfH), Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG; beratende Funktion ohne Stimmrecht), Deutsche Arbeitsgemeinschaft zum Studium der Leber (GASL), Deutsche Röntgengesellschaft (DRG), & Deutsche Leberhilfe e. V. (2018). Aktualisierte S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen [Updated S3-Guideline for Prophylaxis, Diagnosis and Treatment of Gallstones. German Society for Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) and German Society for Surgery of the Alimentary Tract (DGAV) – AWMF Registry 021/008]. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 56(8), 912-966. <https://doi.org/10.1055/a-0644-2972>
12. Kobiela J. (2020). Readmissions after laparoscopic cholecystectomy – you cannot change what you cannot measure. *Anaesthesiology intensive therapy*, 52(1), 1-2. <https://doi.org/10.5114/ait.2020.93852>
13. Kushnir, I. E. (2019). Naslidky kholecystektomii ta pryntsyipy yikh korektsii ta profilaktyky [Postcholecystectomy consequences and principles of their correction and prevention]. *Hastroenterolohiia. Hepatolohiia. Koloproktolohiia [Gastroenterology. Hepatology. Coloproctology]*, (2), 52.
14. Lazzati, A., Raphael Rousseau, M., Bartier, S., Dabi, Y., Challine, A., Haddad, B., Herta, N., Souied, E., Ortala, M., Epaud, S., Masson, M., Salaün-Penquer, N., Coste, A., & Jung, C. (2021). Impact of COVID-19 on surgical emergencies: nationwide analysis. *BJS open*, 5(3), zrab039. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrab039>
15. Niewiadomska, K. (n.d.). Opieka pielęgnarska nad pacjentem z kamicą pęcherzyka żółciowego leczonym operacyjnie. <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/228796>
16. Ohannessian, R., & Yaghobian, S. (2020). The practicality of telemedicine and telehealth during the COVID-19 global outbreak. *The European Journal of Public Health*, 30(Suppl 5), ckaa165.069. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.069>
17. Pisano, M., Allievi, N., Gurusamy, K., Borzellino, G., Cimbanassi, S., Boerna, D., Coccolini, F., Tufo, A., Di Martino, M., Leung, J., Sartelli, M., Ceresoli, M., Maier, R. V., Poiasina, E., De Angelis, N., Magnone, S., Fugazzola, P., Paolillo, C., Coimbra, R., Di Saverio, S., ... Ansaloni, L. (2020). 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World journal of emergency surgery: WJES*, 15(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>

18. Poindessous, J. L., Basta, M., Renaud, A., Vincent, M., & Héron, A. (2018). Infirmière et diététicienne: une collaboration efficace en service de rééducation [Nurse and dietitian: effective collaboration in rehabilitation]. *Revue de l'infirmière*, 67(243), 39-41. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2018.07.013>
19. Robinson, E. (2020). OHSU telehealth rockets into 'new era of medicine': global pandemic instigates exponential expansion of OHSU telemedicine program OHSU News [Available from: <https://news.ohsu.edu/2020/04/13/ohsu-telehealth-rockets-into-new-era-of-medicine>.] Accessed 20 Aug 2024.
20. Sangiorgio, G., Zanghi, M., Dionigi, G., & Zanghi, G. (2023). Postcholecystectomy syndrome: biliary-related complications. *Minerva surgery*, 78(6), 684-691. <https://doi.org/10.23736/S2724-5691.23.09942-2>
21. Soegaard Ballester, J. M., Scott, M. F., Owei, L., Neylan, C., Hanson, C. W., & Morris, J. B. (2018). Patient preference for time-saving telehealth postoperative visits after routine surgery in an urban setting. *Surgery*, 163(4), 672-679. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.08.015>
22. Svintsitskiy, A. S., Bogomaz, V. M., & Dynnyk, N. V. (2020). Poshyrenist' zhovchnokam'yanoyi khvoroby sered patsiyentiv starechoho viku [Prevalence of gallstone disease among elderly patients]. *Suchasna Hastroenterolohiya [Modern Gastroenterology]*, (1), 34-39.
23. Thapar, V. B., Thapar, P. M., Goel, R., Agarwalla, R., Salvi, P. H., Nasta, A. M., Mahawar, K., & IAGES Research Collaborative Group (2023). Evaluation of 30-day morbidity and mortality of laparoscopic cholecystectomy: a multicenter prospective observational Indian Association of Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (IAGES) Study. *Surgical endoscopy*, 37(4), 2611-2625. <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09659-z>
24. Tufo, A., Pisano, M., Ansaloni, L., de Reuver, P., van Laarhoven, K., Davidson, B., & Gurusamy, K. S. (2021). Risk Prediction in Acute Calculous Cholecystitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prognostic Factors and Predictive Models. *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques. Part A*, 31(1), 41-53. <https://doi.org/10.1089/lap.2020.0151>
25. van Heesewijk, A. E., Lammerts, R. G. M., Haveman, J. W., Meerdink, M., van Leeuwen, B. L., & Pol, R. A. (2019). Outcome after cholecystectomy in the elderly. *American journal of surgery*, 218(2), 368-373. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.12.018>
26. Wennmacker, S. Z., Dijkgraaf, M. G. W., Westert, G. P., Drenth, J. P. H., van Laarhoven, C. J. H. M., & de Reuver, P. R. (2018). Persistent abdominal pain after laparoscopic cholecystectomy is associated with increased healthcare consumption and sick leave. *Surgery*, 163(4), 661-666. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.09.004>
27. Wong, G. Y. M., Wadhawan, H., Roth Cardoso, V., Bravo Merodio, L., Rajeev, Y., Maldonado, R. D., Martinino, A., Balasubramaniam, V., Ashraf, A., Siddiqui, A., Al-Shkirat, A. G., Mohammed Abu-Elfath, A., Gupta, A., Alkaseek, A., Ouyahia, A., Said, A., Pandey, A., Kumar, A., Maqbool, B., Millán, C. A., ... AMBROSE Collaborative (2024). 30-day Morbidity and Mortality after Cholecystectomy for Benign Gallbladder Disease (AMBROSE): A Prospective, International Collaborative Cohort Study. *Annals of surgery*, 10.1097/SLA.00000000000006236. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/SLA.00000000000006236>
28. Yokoe, M., Hata, J., Takada, T., Strasberg, S. M., Asbun, H. J., Wakabayashi, G., Kozaka, K., Endo, I., Deziel, D. J., Miura, F., Okamoto, K., Hwang, T. L., Huang, W. S., Ker, C. G., Chen, M. F., Han, H. S., Yoon, Y. S., Choi, I. S., Yoon, D. S., Noguchi, Y., ... Yamamoto, M. (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of hepatobiliary-pancreatic sciences*, 25(1), 41-54. <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>
29. Tsentr medstatystyky. (n.d.). Statystychni dani MOZ vsi vidomstva ta pryvatni ustanovy [Statistical data of the Ministry of Health for all departments and private institutions]. Retrieved from <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanividomstva.html>

Abstract

EVALUATION OF MEDICAL DEMANDS IN PATIENTS AFTER CHOLECYSTECTOMY

Volodymyr M. Bogomaz, Tetiana Ye. Starodub

Department of Internal Medicine, Faculty of Dentistry, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Aim. To retrospectively study the dynamics of healthcare indicators for gallstone disease in Ukraine and to assess the needs for outpatient postoperative monitoring of patients after cholecystectomy.

Materials and methods. The study analyzed the number of adult patients hospitalized for gallstone disease, cholecystitis, and cholangitis (ICD-10 codes: K80, K81, K82.2, K83.0), the number of cholecystectomies for acute and chronic cholecystitis, as well as hospital and postoperative mortality rates from 2014 to 2023. Public data from the Ukrainian Ministry of Health's Center for Public Health and the State Statistics Service of Ukraine were used for statistical analysis. To assess the clinical condition of patients after cholecystectomy, a specialized questionnaire was developed, which included demographic data, medical and life history, pain, dyspeptic syndrome, and «red flag» symptoms.

Results. The number of operations for acute and chronic calculous cholecystitis in adults in Ukraine over the past decade ranged from 30.5 thousand to 58 thousand per year. Per 100,000 population, the number of cholecystectomies reached its historical maximum of 160.5 per 100,000 in 2023. A sharp decrease in hospitalization rates for gallstone disease, cholecystitis, and cholangitis, along with an increase in hospital mortality among the adult population, was observed during the COVID-19 pandemic and the early stages of full-scale military aggression (2020-2022).

Conclusions. The management of patients after cholecystectomy is a pressing issue for general practitioners, internists, and gastroenterologists, as approximately 25% of operated patients may require medical advice regarding various abdominal symptoms after a successful cholecystectomy.

Keywords: cholelithiasis, cholecystectomy, hospital mortality rate, outpatient medical care

Received: 17 September 2024

Accepted: 15 January 2025