ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

УДК: 616.366-003.7-072.1:616.33-002.44-072.8

# ЗНАЧЕННЯ ФІБРОЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

***Цівенко О.І., Захарченко Ю.Б., Черкова Н.В., Душик Л.М., Гриньов Р.М., Колесніченко В.А., Герасимов Г.М.***

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, Україна*

**Актуальність.** У пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою недіагностовані ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної ділянки в періопераційному періоді є небезпечними через можливість розвитку ускладнень, зокрема гастродуоденальних кровотеч або перфорації виразки, що в результаті суттєво погіршує прогноз лікування основного захворювання.

**Мета.** Оцінити доцільність використання фіброезофагогастродуоденоскопічного дослідження у пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою для адекватного адаптування лікувальної тактики у кожного конкретного хворого.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати обстеження та лікування 157 пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою, у яких при езофагогастродуоденоскопії встановлено виразково-ерозивні ураження слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки. Пацієнтів розподілили на клінічні підгрупи залежно від форми перебігу жовчнокам'яної хвороби. Статистичну обробку виконано за допомогою програм Excel 2021 (Microsoft, США) та SPSS Statistics 29 (IBM, США) із використанням критерію хі-квадрат та точного критерію Фішера. Дослідження є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна (державний реєстраційний номер 0124U003337).

**Етика дослідження.** Дослідження було проведено відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964–2024) та національних етичних норм. Всі пацієнти підписали інформовану згоду на лікування та на участь у науковому дослідженні.

**Результати.** Серед обстежених пацієнтів ерозії гастродуоденальної ділянки виявлено у 86 (54,78 %), виразки – у 27 (17,20 %) в активній фазі, у 20 (12,74 %) – у фазі загоєння, у 16 (10,19 %) – у фазі епітелізації та формування рубця. Застосування стандартної чотирикомпонентної противиразкової терапії (омепразол, вісмуту трикалію дицитрат, кларитроміцин, метронідазол) тривалістю 14 днів дало змогу уникнути післяопераційних ускладнень (гострої гастродуоденальної кровотечі та перфорації виразки) у всіх пацієнтів досліджуваної групи.

**Висновки.** Перед оперативним втручанням у пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою необхідно виконувати фіброезофагогастродуоденоскопію для своєчасного виявлення ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони (у тому числі з прихованим перебігом) та проведення адекватної противиразкової терапії. Раннє лікування запобігає розвитку тяжких післяопераційних ускладнень – гострих гастродуоденальних кровотеч та перфорацій.

***Ключові слова:*** *хірургія, гастродуоденальна виразка, жовчнокам'яна хвороба.*

Відповідальний автор: Черкова Н.В.
✉ 4, майдан Свободи, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: natalia.v.cherkova@karazin.ua

Corresponding author: Cherkova N.V.
✉ 4, Svobody Square, Kharkiv, 61022, Ukraine.
E-mail: natalia.v.cherkova@karazin.ua

© Цівенко О.І., Захарченко Ю.Б., Черкова Н.В., Душик Л.М., Гриньов Р.М., Колесніченко В.А., Герасимов Г.М., 2026

CC BY-NC-SA

© Tsivenko O.I., ZakharchenkoYu.B., Cherkova N.V., Dushyk L.M., Grinjov R.M., Kolesnichenko V.A., Gerasimov H.M., 2026

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

**Цитуйте українською:** Цівенко ОІ, Захарченко ЮБ, Черкова НВ, Душик ЛМ, Гриньов РМ, Колесніченко ВА, Герасимов ГМ.
Значення фіброезофагогастродуоденоскопічного дослідження при проведенні передопераційного обстеження для визначення лікувальної програми у пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою.
Експериментальна і клінічна медицина. 2026;95(1):34-41.
https://doi.org/10.35339/ekm.2026.95.1.tzc

**Cite in English:** Tsivenko OI, ZakharchenkoYuB, Cherkova NV, Dushyk LM, Grinjov RM, Kolesnichenko VA, Gerasimov HM.
The significance of fibroesophagogastroduodenoscopy in conducting a preoperative examination for determining the program of treatment for patients who have cholelithiasis (gallstone disease).
Experimental and Clinical Medicine. 2026;95(1):34-41.
https://doi.org/10.35339/ekm.2026.95.1.tzc [in Ukrainian].

**Вступ**

При лікуванні жовчнокам'яної хвороби в період планування оперативного втручання обстеження пацієнта спрямоване головним чином на верифікацію основного діагнозу [1–5]. Окрім того, проводиться визначення ступеня тяжкості супутньої патології з метою визначення ступеня операційно-анестезіологічного ризику, а також можливості прогнозування розвитку ускладнень у післяопераційному періоді [1; 2; 4–8]. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки являє собою одну з патологій, що нерідко зустрічається у пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою, а в окремих випадках навіть може маскуватися під її клінічним симптомокомплексом [1; 4; 6; 9; 10]. Недіагностована виразкова хвороба в періопераційному періоді зазвичай має тенденцію до розвитку ускладнень у вигляді гастродуоденальних виразкових кровотеч або перфорації виразки, що, в результаті, суттєво ускладнює прогноз лікування основного захворювання [2; 4; 9; 11; 12].

Використання в діагностичній програмі хворих на жовчнокам'яну хворобу стандартного фіброезофагогастродуоденоскопічного (ФЕГДС) дослідження, дозволяє своєчасно встановити діагноз виразкової хвороби та адаптувати лікувальну програму в пацієнтів згідно з виявленою супутньою патологією [2; 4; 6; 8–10; 12].

**Метою** дослідження була оцінка доцільності використання фіброезофагогастродуоденоскопічного дослідження у пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою для адекватного адаптування лікувальної тактики у кожного конкретного хворого.

**Матеріали та методи**

Проведено аналіз результатів обстеження і лікування 157 пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою, у яких при ЕГДС-дослідженні було встановлено наявність виразково-ерозивних уражень слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки в різних фазах їх перебігу. Середній вік пацієнтів становив [47±4,5] року. Критеріями включення були: наявність жовчнокам'яної хвороби, підтвердженої ультразвуковим дослідженням; вік пацієнтів від 18 до 80 років; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні. Критеріями виключення були: вагітність; онкологічні захворювання; декомпенсовані соматичні стани (ниркова, печінкова, серцева недостатність); психічні розлади; відмова пацієнта від участі. Пацієнти чоловічої статі становили 68 осіб, жіночої – 89 осіб. Серед пацієнтів досліджуваної групи жовчнокам'яна хвороба представлена таким чином: гострий холецистит – 87 (55,41 %), хронічний холецистит – 27 (17,20 %), безсимптомний перебіг холецистолітіазу – 24 (15,29 %), холедохолітіаз із механічною жовтяницею – 11 (7,01 %), гострий біліарний набряковий панкреатит – 8 (5,09 %). У всіх пацієнтів отримано добровільну згоду на проведення діагностики, лікування, операції та знеболення.

Розподіл пацієнтів на підгрупи здійснювали залежно від клінічної форми перебігу жовчнокам'яної хвороби: при безсимптомному перебігу та хронічному холециститі оперативне втручання виконували в плановому порядку після повного загоєння виразково-ерозивних уражень; при гострому холециститі, механічній жовтяниці та гострому біліарному панкреатиті операцію

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

виконували в терміновому порядку з одночасним проведенням противиразкової терапії, оскільки відтермінування оперативного втручання було пов'язане з ризиком прогресування основного захворювання. Дослідження не передбачало формування контрольної групи, оскільки всі пацієнти мали виразково-ерозивні ураження гастродуоденальної зони, підтверджені ендоскопічно.

Встановлення діагнозу різних форм різного ступеня тяжкості жовчнокам'яної хвороби у даної групи пацієнтів проведено з використанням ультразвукового сканування органів черевної порожнини апаратом Siemens S3000 HELX Touch (Німеччина) для отримання специфічної для кожної з форм сканографічної картини з урахуванням патогномонічних клінічних симптомів. Усі пацієнти обстежені з використанням стандартних лабораторних методів дослідження.

Для ендоскопічного дослідження гастродуоденальної ділянки у пацієнтів використовували фіброендоскопи GIF 20 та JF 20 (Olympus, Японія) зі стандартними катетерами, папілотомом, кошиком Дорміа, механічним літотриптором (Olympus, Японія). Ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію з папілосфінктеротомією та літоекстракцією виконували лише пацієнтам із холедохолітіазом (n=11). Усі ендоскопічні втручання проводили під внутрішньовенною седацією (мідазолам 0,05–0,10 мг/кг маси тіла) під контролем серцевого монітора.

Гострі ерозії гастродуоденальної ділянки виявлені у 86 (54,78 %) пацієнтів, у тому числі у 11 (7,01 %) пацієнтів із механічною жовтяницею калькульозного генезу. При цьому ендоскопічна картина мала такий вигляд: значна гіперемія та набряк слизової оболонки, наявність множинних поверхневих дефектів слизової розміром до 5 мм, вкритих тонким темно-сірим шаром. Також гострі ерозії гастродуоденальної ділянки при гострому біліарному набряковому панкреатиті виявлено у 8 (5,09 %) пацієнтів. Гастродуоденальну виразку в активній фазі виявлено у 27 (17,20 %) пацієнтів. Разом із тим ендоскопічна картина була такою: значна гіперемія та набряк слизової оболонки, контактна ранимість слизової, наявність дефекту слизової розміром близько 10 мм, дно вкрите тканинним детритом темного кольору. Гастродуоденальну виразку в фазі загоєння діагностовано у 20 (12,74 %) пацієнтів. У свою чергу ендоскопічна картина мала такий вигляд: помірно виражені гіперемія та набряк слизової, відсутність контактної ранимості слизової, наявність неглибокого дефекту слизової розміром близько 5 мм, дно вкрите тонким шаром фібрину білого кольору. Гастродуоденальну виразку в фазі епітелізації та формування рубця виявлено у 16 (10,19 %) пацієнтів. Ендоскопічна картина була такою: незначна гіперемія та набряк визначаються тільки в ділянці рубця слизової оболонки, рубець зазвичай лінійної або зірчастої форми.

Статистичну обробку результатів виконано з використанням програм Excel 2021 (Microsoft, США) та SPSS Statistics 29 (IBM, США). Застосовано методи описової статистики: розраховано середні арифметичні (M), стандартні відхилення (±SD), частоти (n) та відсотки (%). Порівняння частот у групах проведено за допомогою критерію хі-квадрат ($\chi^2$) та точного критерію Фішера. Відмінності вважали статистично значущими при $p<0,05$.

**Етика дослідження**

Дослідження проведено відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964–2024), законів України «Про охорону здоров'я», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист персональних даних» та «Про наукову і науково-технічну діяльність». Пацієнти підписали інформовану згоду на лікування та участь у науковому дослідженні.

**Результати**

Діагностування поєднання жовчнокам'яної хвороби з гострою патологією слизової оболонки гастродуоденальної зони дозволило адекватно адаптувати лікувальну тактику для кожного конкретного пацієнта: за потреби відтермінувати оперативне втручання з приводу жовчнокам'яної хвороби; розширити обсяг і якісний склад медикаментозного лікування із додаванням стандартної

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

чотирикомпонентної противиразкової терапії (омепразол 20 мг 2 рази на добу, вісмуту трикалію дицитрат 120 мг 4 рази на добу, кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу, метронідазол 500 мг 3 рази на добу; тривалість курсу – 14 днів). Контрольне ФЕГДС виконували через 14 днів після завершення терапії.

Виразки гастродуоденальної зони, виявлені у 23 (14,65 %) пацієнтів з безсимптомним перебігом жовчнокам'яної хвороби та у 21 (13,38 %) пацієнта з хронічним холециститом, потребували проведення стандартної чотирикомпонентної противиразкової терапії. Після завершення якої проводили контрольне ФЕГДС для верифікації загоєння виразки. У подальшому в плановому порядку виконували лапароскопічну холецистектомію.

Виразки гастродуоденальної зони, виявлені у 19 (12,10 %) пацієнтів з гострим холециститом, передбачали застосування стандартної чотирикомпонентної противиразкової терапії шляхом внутрішньовенного введення препаратів з одночасним проведенням лапароскопічної холецистектомії в терміновому порядку.

Гострі ерозивні ураження гастродуоденальної зони у 6 (3,82 %) пацієнтів з хронічним холециститом та у 1 (0,64 %) пацієнта з безсимптомним перебігом потребували стандартної чотирикомпонентної противиразкової терапії. Після завершення якої проводили контрольне ФЕГДС для верифікації загоєння ерозій. У подальшому в плановому порядку виконували лапароскопічну холецистектомію.

Гострі ерозивні ураження гастродуоденальної зони у 68 (43,31 %) пацієнтів з гострим холециститом потребували стандартної чотирикомпонентної противиразкової терапії шляхом внутрішньовенного введення препаратів в межах передопераційної підготовки з одночасним проведенням лапароскопічної холецистектомії в терміновому порядку під контролем етапних ФЕГДС-досліджень у післяопераційному періоді.

Гострі ерозивні ураження гастродуоденальної зони у 11 (7,01 %) пацієнтів з механічною жовтяницею калькульозного ґенезу потребували системної антисекреторної та противиразкової внутрішньовенної терапії в межах передопераційної підготовки з продовженням у післяопераційному періоді під контролем етапних ФЕГДС-досліджень. У терміновому порядку першим етапом виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію з трансдуоденальною холедохолітоекстракцією, другим етапом – лапароскопічну холецистектомію.

Гострі ерозивні ураження гастродуоденальної зони у 8 (5,09 %) пацієнтів з гострим біліарним набряковим панкреатитом за наявності відповідних показників до оперативного втручання, виконували в необхідному обсязі, одночасно проведячі системну антисекреторну та противиразкову внутрішньовенну терапію у програмі передопераційної підготовки, з продовженням у подальшому під контролем етапних ФЕГДС-досліджень у післяопераційному періоді.

Дотримання приведених вище варіантів лікувальної програми, залежно від характеру діагностованої у пацієнта поєднаної патології, дозволило уникнути післяопераційних ускладнень у формі гострої гастродуоденальної кровотечі та перфорації виразки у всіх пацієнтів досліджуваної групи.

**Обговорення результатів**

У клінічній практиці у пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою нерідко зустрічаються виразково-ерозивні ураження слизової оболонки гастродуоденальної ділянки як прояв виразкової хвороби або ж токсичного ґенезу при ускладнених формах жовчнокам'яної хвороби, зокрема таких як деструктивний холецистит, гострий біліарний панкреатит, механічна жовтяниця та гострий гнійний обтураційний холангіт. Проблема полягає ще й у тому, що клінічні симптоми виразково-ерозивних уражень можуть приховуватися за клінічною картиною жовчнокам'яної хвороби, особливо при її ускладненому перебігу. Окрім того, у разі так званого безсимптомного перебігу холецистолітіазу (камененосійства) дуоденальний больовий синдром, якщо він не має притаманної йому харчової динамічності, можна сприймати як прояв хронічного холециститу. Вирішити проблему диференціальної

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

діагностики у всіх випадках за таких обставин чітко дозволяє проведення ФЕГДС-обстеження у пацієнтів з виявленою при УЗД наявністю конкрементів у жовчному міхурі.

Слід зазначити, що у пацієнтів з гострим холециститом, механічною жовтяницею та гострим біліарним панкреатитом виразково-ерозивні ураження слід розглядати як симптоматичні (стрес-індуковані або токсичні), а не як загострення хронічної виразкової хвороби. У пацієнтів з безсимптомним перебігом холецистолітіазу та хронічним холециститом ці ураження, ймовірно, є проявом хронічної виразкової хвороби.

Поєднання жовчнокам'яної хвороби з виразково-ерозивними ураженнями гастродуоденальної зони ставить перед нами необхідність вибору адекватної діагностичної і лікувальної програми залежно від фази розвитку кожної патології, що в кінцевому результаті має на меті уникнення розвитку тяжких післяопераційних ускладнень у формі гострих гастродуоденальних кровотеч та перфорації виразки.

Отримані результати узгоджуються з даними інших авторів. Зокрема, Altıner S. et al. (2023) [1] повідомляють, що передопераційне ендоскопічне обстеження дозволяє знизити ризик післяопераційних ускладнень при холецистектомії. За даними Hassan A.M. (2021) [6], частота виразково-ерозивних уражень гастродуоденальної зони у пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою сягає 15–20 %, що близько до наших показників (54,78 % ерозій, 17,20 % виразок). На відміну від дослідження Argyrou A. et al. (2018) [9], ми не спостерігали кореляції між типом перебігу жовчнокам'яної хвороби та тяжкістю виразкових уражень.

**Висновки**

1. В сучасних умовах розвитку хірургії перед оперативним втручанням у пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою необхідно виконувати ФЕГДС усім пацієнтам, оскільки це дозволить вчасно визначити наявність ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони, які в деяких випадках можуть мати прихований перебіг, і розпочати адекватну противиразкову терапію.

2. Раннє проведення противиразкової терапії дозволяє запобігти розвитку тяжких ускладнень у післяопераційному періоді в формі гострих гастродуоденальних кровотеч та перфорацій.

3. При виявленні ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони у пацієнтів із хронічним холециститом доцільно призначати стандартну чотирикомпонентну противиразкову терапію під наглядом хірурга та виконувати лапароскопічну холецистектомію після загоєння вказаних уражень за результатами контрольної ЕГДС.

4. При виявленні ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони у пацієнтів із гострим холециститом доцільно призначати стандартну чотирикомпонентну противиразкову внутрішньовенну терапію в межах передопераційної підготовки та виконувати лапароскопічну холецистектомію в терміновому порядку під контролем етапних ЕГДС в післяопераційному періоді.

5. При виявленні ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони у пацієнтів із гострим біліарним панкреатитом, за наявності відповідних показань до оперативного втручання, доцільно виконувати його в необхідному обсязі в терміновому порядку, при одночасному проведенні системної антисекреторної та противиразкової терапії в межах передопераційної підготовки, під контролем етапних ЕГДС у післяопераційному періоді.

**Декларації**

Конфлікт інтересів відсутній.

Автори надали згоду на публікацію статті на умовах ліцензії Creative Commons BY-NC-SA 4.0 International License та публічного договору з редакцією, на обробку та публікацію їхніх персональних даних.

Автори рукопису заявляють, що під час проведення досліджень, підготовки та редагування цього рукопису вони не використовували жодні інструменти чи сервіси генеративного штучного інтелекту (ШІ) для виконання завдань, перелічених у Таксономії делегування генеративного ШІ (Generative AI Delegation Taxonomy, GAIDeT, 2025). Усі етапи роботи (від розробки дослідницької концепції до фінального редагування) виконувалися авторами особисто.

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

**Фінансування та подяки**

Дослідження є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна «Вивчення особливостей запалення й перебігу репаративного процесу при хірургічній патології в залежності від етіологічного чинника та розробка методів корекції ускладнень за допомогою мініінвазивних хірургічних технологій» (2024–2026), державний реєстраційний номер: 0124U003337.

**Внесок авторів**

| Внесок / Автори | A | B | C | D | E | F |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Цівенко О.І. | + | + | + | + | | + |
| Захарченко Ю.Б. | + | + | + | + | + | + |
| Черкова Н.В. | | + | + | + | + | + |
| Душик Л.М. | + | | + | + | + | + |
| Гриньов Р.М. | + | + | + | | | + |
| Колесніченко В.А. | | + | + | | | + |
| Герасимов Г.М. | + | + | | | | + |

*Примітки:*

*A – концепція;*

*B – дизайн;*

*C – збір даних;*

*D – статистична обробка та інтерпретація даних;*

*E – написання або критичне редагування статті;*

*F – схвалення фінальної версії до публікації та згода нести відповідальність за всі аспекти роботи.*

**Література**

1. Altıner S, Ergüder E, Altınok SH, Aydın SM, Barlas AM, Tuncal S. The role of preop erative ultrasound in predicting conversion from laparoscopic cholecystectomy to open surgery in acute cholecystitis. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2023;29(10):1109-13. DOI: 10.14744/tjtes.2023.45469. PMID: 37791445.

2. Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, Strasberg SM, Aggarwal R, Asbun H, et al. Safe cholecystectomy multi-society practice guideline and state of the art consensus conference on prevention of bile duct injury during cholecystectomy. Ann Surg. 2020;272(1):3-23. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003791. PMID: 32404658.

3. De'Angelis N, Catena F, Memeo R, Coccolini F, MartнnezPйrez A, Romeo OM, et al. 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. World J Emerg Surg. 2021;16(1):1-30. DOI: 10.1186/s13017-021-00369-w. PMID: 34112197.

4. European Association for the Study of the Liver (EASL). Electronic address: easloffice@easloffice.eu. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. J Hepatol. 2016;65(1):146-81. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.03.005. PMID: 27085810.

5. MacDonald AA, Richardson M, Sue L, Hakiwai A, Stephenson G, Harman R, Agraval J. Bedside ultrasonography for acute gallstone disease: a diagnostic accuracy study of surgical registrars and emergency medicine physicians. ANZ J Surg. 2020;90(12):2467-71. DOI: 10.1111/ans.16169. PMID: 33216429.

6. Hassan AM. Preoperative predictive risk factors of difficult laparoscopic cholecystectomy. Egypt J Surg. 2021;40:536-43. DOI: 10.4103/ejs.ejs_7_21.

7. Portincasa P, Di Ciaula A, Bonfrate L, Stella A, Garruti G, Lamont JT. Metabolic dysfunction-associated gallstone disease: expecting more from critical care manifestations. Intern Emerg Med. 2023;18(7):1897-918. DOI: 10.1007/s11739-023-03355-z. PMID: 37455265.

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

8. Unalp-Arida A, Ruhl CE. Burden of gallstone disease in the United States population: Prepandemic rates and trends. World J Gastrointest Surg. 2024;16(4):1130-48. DOI: 10.4240/wjgs.v16.i4.1130. PMID: 38690054.

9. Argyrou A, Legaki E, Koutserimpas C, Gazouli M, Papaconstantinou I, Gkiokas G, Karamanolis G. Risk factors for gastroesophageal reflux disease and analysis of genetic contributors. World J Clin Cases. 2018;6(8):176-82. DOI: 10.12998/wjcc.v6.i8.176. PMID: 30148145.

10. Serban D, Socea B, Balasescu SA, Badiu CD, Tudor C, Dascalu AM, et al. Safety of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly: A Multivariate Analysis of Risk Factors for Intra and Postoperative Complications. Medicina (Kaunas). 2021;57(3):230. DOI: 10.3390/medicina57030230. PMID: 33801408.

11. Saeed A, Salim M, Kachhawa DS, Chaudhary R. Intra-operative factors responsible for conversion of laparoscopic cholecystectomy to open cholecystectomy in a tertiary care center. Int Surg J. 2020;7(5):1467. DOI: 10.18203/2349-2902.isj20201853.

12. Xie P, Yan J, Ye L, Wang C, Li Y, Chen Y, Li G. Efficacy of different endoscopic treatments in patients with gastroesophageal reflux disease: a systematic review and network meta-analysis. Surg Endosc. 2021;35(4):1500-10. DOI: 10.1007/s00464-021-08386-1. PMID: 33650003.

***Tsivenko O.I., ZakharchenkoYu.B., Cherkova N.V., Dushyk L.M., Grinjov R.M., Kolesnichenko V.A., Gerasimov H.M.***

## THE SIGNIFICANCE OF FIBROESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY IN CONDUCTING A PREOPERATIVE EXAMINATION FOR DETERMINING THE PROGRAM OF TREATMENT FOR PATIENTS WHO HAVE CHOLELITHIASIS (GALLSTONE DISEASE)

**Background.** In patients with cholelithiasis, undiagnosed erosive and ulcerative lesions of the gastroduodenal area in the perioperative period are dangerous due to the risk of complications such as gastroduodenal bleeding or ulcer perforation, which significantly worsens the prognosis for the treatment of the underlying disease.

**Aim.** The aim of the study was to evaluate the feasibility of using fibroesophagogastroduodenoscopy in patients with cholelithiasis to adequately adapt the treatment strategy for each individual patient.

**Materials and Methods.** An analysis of the examination and treatment results of 157 patients with cholelithiasis, in whom ulcerative and erosive lesions of the gastric and duodenal mucosa were diagnosed by esophagogastroduodenoscopy, was performed. Patients were divided into clinical subgroups depending on the clinical form of cholelithiasis. Statistical analysis was performed using Excel 2021 (Microsoft, USA) and SPSS Statistics 29 (IBM, USA) with the chi-square est and Fisher's exact test. The study is a fragment of the planned research work of the Department of Surgical Diseases of V.N. Karazin Kharkiv National University (state registration number 0124U003337).

**Research Ethics.** The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki of the World Medical Association (1964–2024) and national ethical rules. All patients signed informed consent for treatment and participation in the scientific study.

**Results.** Among the examined patients, erosions of the gastroduodenal area were detected in 86 (54.78%) patients, ulcers – in 27 (17.20%) in the active phase, in 20 (12.74%) – in the healing phase, and in 16 (10.19%) – in the phase of epithelialization and scar formation. The use of standard four-component anti-ulcer therapy (omeprazole, bismuth tripotassium dicitrate, clarithromycin, metronidazole) for 14 days made it possible to avoid postoperative complications (acute gastroduodenal bleeding and ulcer perforation) in all patients of the study group.

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

**Conclusions.** Before surgery in patients with cholelithiasis, fibroesophagogastroduodenoscopy should be performed for timely detection of erosive and ulcerative lesions of the gastroduodenal area (including those with a latent course) and administration of adequate anti-ulcer therapy. Early treatment prevents the development of severe postoperative complications – acute gastroduodenal bleeding and perforations.

***Keywords:*** *surgery, gastroduodenal ulcer, cholelithiasis (gallstone disease).*

*Надійшла 03.10.2025*
*Прийнята до публікації 29.03.2026*
*Опублікована 31.03.2026*

**Відомості про автора**

*Цівенко Олексій Іванович* – доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургічних хвороб, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна.
Поштова адреса: 4, майдан Свободи, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: olexiy.i.tsivenko@karazin.ua
ORCID: 0000-0003-0839-9768.

*Захарченко Юрій Броніславович* – кандидат медичний наук, доцент, доцент кафедри хірургічних хвороб, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна.
Поштова адреса: 4, майдан Свободи, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: yuriy.b.zakharchenko@karazin.ua
ORCID: 0000-0002-7577-5068.

*Черкова Наталія Вікторівна* – кандидат медичний наук, доцент, доцент кафедри хірургічних хвороб, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна.
Поштова адреса: 4, майдан Свободи, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: natalia.v.cherkova@karazin.ua
ORCID: 0000-0002-4471-4684.

*Душик Людмила Миколаївна* – кандидат медичний наук, доцент кафедри хірургічних хвороб, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна.
Поштова адреса: 4, майдан Свободи, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: lyudmila.m.dushik@karazin.ua
ORCID: 0000-0002-8330-7221.

*Гриньов Роман Миколайович* – кандидат медичний наук, доцент кафедри хірургічних хвороб, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна.
Поштова адреса: 4, майдан Свободи, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: roman.m.grinjov@karazin.ua
ORCID: 0000-0001-6527-4238.

*Колесніченко Віра Анатоліївна* – доктор медичних наук, професор кафедри фундаментальної медичної підготовки, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна.
Поштова адреса: 4, майдан Свободи, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: vies.a.kolesnichenko@karazin.ua
ORCID: 0009-0007-4106-1730.

*Герасимов Геннадій Миколайович* – кандидат медичний наук, доцент кафедри хірургічних хвороб, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна.
Поштова адреса: 4, майдан Свободи, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: gennady.n.gerasimov@karazin.ua
ORCID: 0000-0001-7376-9628.