

ГО "УКРАЇНЬСЬКА АСОЦІАЦІЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ"
"PO "UKRAINIAN SOCIETY of ANESTHESIOLOGY and INTENSIVE CARE"
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
BOGOMOLETS NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Українська Асоціація
Анестезіології та
Інтенсивної Терапії

p-ISSN 2519-2078
e-ISSN 2520-226X
<http://doi.org/10.25284/2519-2078>

Pain, Anaesthesia & Intensive Care

Біль, знеболення та інтенсивна терапія

№3 (112) 2025

Рецензований науковий медичний журнал
The peer-reviewed scientific medical journal

заснований у листопаді 1997
року виходить 4 рази на рік
established in November 1997
quarterly

Індексується в наукометричних базах і каталогах / Journal Indexing, в тому числі

CrossRef, Vernadsky National Library of Ukraine, WorldCat®, Google
Scholar, Наукова періодика України, Open AIRE, BASE, ICMJE,
ResearchBib - Academic Resource Index, Index Copernicus

Засновники

Громадська організація «Українська асоціація Анестезіології та інтенсивної терапії»,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Свідectво про державну реєстрацію

KB 22531-12431 ПР від 01.02.2017

Журнал внесено до **Переліку наукових фахових видань України**, в яких можуть публікуватися
результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора наук, кандидата наук та
ступеня доктора філософії (**Категорія "Б"**)

Накази МОН України №1413 від 24.10.2017; № 409 від 17.03.2020

Адреса редакції:

Україна, Київ, 01133, Лабораторний пров., 14-20,
тел./факс: (044) 529-24-72 e-mail: aaukr@aaukr.org
<http://www.aaukr.org/>

Editorial address:

Ukraine, Kyiv, 01133, Laboratornyi prov., 14-20,
phone/fax: (044) 529-24-72 e-mail: aaukr@aaukr.org
<http://www.aaukr.org/>

Підписний індекс / 21922
Subscription index



Надруковано на безкислотному папері.
The journal is printed on acid-free paper.

© Українська асоціація анестезіології та інтенсивної терапії, 2025
© Ukrainian Society of Anesthesiology and Intensive Care, 2025

Київ, 2025

Українська Асоціація
Анестезіології та
Інтенсивної Терапії

online version
<http://jpaic.aaukr.org>

Гарбар М.О., Матолінець Н.В., Ушневич Ж.О., Світлик Г.В.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ NT-PROBNP ТА АНАТОМІЧНИХ І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ
СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ
З ПРИЧИНИ ПЛАНОВИХ НЕКАРДІАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра анестезіології та інтенсивної терапії, м. Львів

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Частина пацієнтів, які потребують проведення планових некардіальних операцій, мають підвищений ризик розвитку серцево-судинних (СС) ускладнень. Для виокремлення таких осіб розроблені рекомендації та алгоритми, які включають комплексне фізикальне, лабораторне та інструментальне обстеження. Рівень NT-proBNP визнано маркером серцевої недостатності (не завжди клінічно вираженої), загального стану СС системи та прогнозу несприятливих кардіальних подій. Ехокардіографічне обстеження є доступним методом оцінки стану серця, а індекс міокардіальної спроможності (ІМС, індекс Теі) відображає водночас систолічну та діастолічну функції лівого шлуночка (ЛШ), має унікальну здатність в оцінці глобальної функції серця навіть при геометрично скомпрометованих шлуночках. Зростання ІМС свідчить про порушення як систолічної, так і діастолічної функції ЛШ. Аналіз зазначених показників може мати вагоме значення для вибору тактики періопераційного менеджменту та прогнозування ускладнень.

МЕТА РОБОТИ

Проаналізувати взаємозв'язок між рівнем молекули NT-proBNP та результатами ехокардіографічного обстеження: фракцією викиду (ФВ) ЛШ, індексом Теі, індексом маси міокарда (ІММ), ремоделюванням ЛШ; оцінити їх значення для періопераційного менеджменту пацієнта.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 123 пацієнти, які мали задокументовану СС патологію та перенесли планове некардіохірургічне операційне втручання. На етапі доопераційної підготовки визначено рівень NT-proBNP та проведено сонографію серця з оцінкою анатомічних особливостей та ІМС.

РЕЗУЛЬТАТИ

Підвищений рівень NT-proBNP перед операцією виявлено в 42 пацієнтів (34,15 %). У них була нижча ФВ ЛШ, більший ІММ; серед них був вищий відсоток пацієнтів із концентричною гіпертрофією, концентричним та ексцентричним ремоделюванням ЛШ. ІМС був вищим у всіх пацієнтів, ніж середні значення в умовно здорових пацієнтів (що є закономірним, враховуючи супутню кардіальну патологію), і достовірно вищим в осіб із підвищеним рівнем NT-proBNP. Дані представлено в таблиці 1.

ВИСНОВКИ

Рівень NT-proBNP вищий у пацієнтів із більш вираженими структурними змінами серця, а також із глобальною систолічною/діастолічною дисфункцією ЛШ. З метою підвищення безпеки та зниження ризику СС ускладнень такі пацієнти потребують мультидисциплінарної доопераційної підготовки, вибору типу операційного втручання нижчого ризику, тактики анестезіологічного супроводу, ретельного періопераційного кардіального моніторингу. Враховуючи рутинність та економічну доступність сонографічного обстеження серця визначення ІМС може бути актуальним для виділення пацієнтів високого СС ризику.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Smilowitz NR, Berger JS. Perioperative cardiovascular risk assessment and management for noncardiac surgery: a review. *JAMA* 2020;324:279–290.
2. Duceppe E, Patel A, Chan MTV, Berwanger O, Ackland G, Kavsak PA, et al. Preoperative N-terminal pro-B-type natriuretic peptide and cardiovascular events after noncardiac surgery: a cohort study. *Ann Intern Med* 2020;172:96–104.
3. Bayes-Genis A, Docherty KF, Petrie MC, et al. Practical algorithms for early diagnosis of heart failure and heart stress using NT-proBNP: a clinical consensus statement from the Heart Failure Association of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2023; 25:1891–1899.

Таблиця 1. Параметри сонографічного обстеження серця у пацієнтів із підвищеним та нормальним рівнем NT-proBNP.

	ФВ ЛШ	ІМС	ІММ	КР ЛШ	КГ ЛШ	ЕР ЛШ
NT-proBNP ↑	58,73±3,82	0,63±0,08	133±9,87	15 (36%)	9 (21%)	3 (7%)
NT-proBNP N	64,33±1,38	0,55±0,08	91,92±9,41	15 (19%)	12 (15%)	-
p	0,002	0,0001	0,0003	-	-	-

КР – концентричне ремоделювання, КГ – концентрична гіпертрофія, ЕР – ексцентричне ремоделювання.

УДК 616-001.46--089.5-047.34

Гриценко С.М., Гаврилук В.П., Брік Б.А., Верховський П.І., Грабовецький В.А., Геньба О.В.,

Мирошніченко Д.О., Шепелева О.О., Таран Р.М., Боднар Н.В.

**ТРИРІЧНИЙ ДОСВІД АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ВИБУХОВІЙ ТРАВМІ НА РАНЬОМУ
ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ**

КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна

АКТУАЛЬНІСТЬ

Поширеність збройних конфліктів, терористичних нападів і промислових аварій вимагає від клініциста розуміння вибухових ушкоджень як у цивільних, так і у військових умовах. Бойові дії, що відбуваються в Україні, ставлять перед анестезіологами велику кількість питань щодо надання медичної допомоги постраждалим із вибуховою травмою. Вибухова травма є комбінованою по патогенезу і поєднаною по локалізації, яка виникає внаслідок сукупної ушкоджуючої дії на організм людини ударної хвилі, газових стру-

менів, вогню, токсичних продуктів вибуху та горіння, уламків корпусу боєприпасів, вторинних снарядів. Причому більша частина госпітальної допомоги надається в умовах цивільних лікарень, що розташовані поруч із проведенням бойових дій.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Зниження летальності шляхом вибору технології анестезії та інтраопераційної інтенсивної терапії у потерпілих від вибухової травми в залежності від тяжкості вибухової травми та стану постраждалих.

МЕТА

Зниження летальності шляхом вибору технології анестезії та інтраопераційної інтенсивної терапії у потерпілих від вибухової травми в залежності від тяжкості вибухової травми та стану постраждалих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження ретроспективне. Використано дані з історій хвороб за період березень 2022 року – грудень 2024 року. До операційних Запорізької обласної клінічної лікарні надійшло 1698 (чоловіків 1642, жінок 56) постраждалих від вибухової травми які оцінені за шкалою ГКО (стандартизована система оцінки тяжкості травми та стану постраждалих). Виконано 1810 операцій. 1 анастомічна область – 905 операцій; 2 – 354; 3 – 237; 4 – 61; 5 – 27. При оцінці стану пацієнтів за шкалою ГКО встановлено, що у 169 потерпілого до 10 балів; від 11 до 19 балів – 350; 20 – 29 балів мали 644 пацієнтів; понад 30 балів – 547 потерпілих.

РЕЗУЛЬТАТИ

До операцій в більшості випадків мала місце нормотензія та помірна тахікардія. Однак, у 233 постраждалих систолічний артеріальний тиск був меншим за 90 мм рт.ст., що вимагало застосування симпатоміметиків та інфузійної терапії кристалоїдами, колоїдами та препаратами крові. Протягом операцій у 233 пацієнтів продовжували застосовувати симпатоміметики та їх комбінації. Норадреналін був застосований у 179 хворих в дозі від 0,1 до 0,4 мкг/кг/хв., допамін – у 39, адреналін у 4, мезатон – у 11 постраждалих у болусних дозах 20-100 мкг.

Показники систолічного, діастолічного, пульсового, середнього артеріальних тисків та частоти серцевих скорочень на етапі завершення операції достовірно не відрізнялися від вихідних.

До операцій у постраждалих був субкомпенсований метаболічний та дихальний ацидоз, збільшення концентрації лактату ($3,6 \pm 0,1$ ммоль/л). На етапі операції явища метаболічного ацидозу наростали, зберігалися дихальний ацидоз та збільшення pCO_2 у крові. Концентрація лактату в крові достовірно зростала, у середньому до $(4,0 \pm 0,1)$ ммоль/л ($p < 0,001$).

ВИСНОВКИ

Оцінка тяжкості потерпілих за шкалою ГКО дозволяє вибрати технологію анестезії з урахуванням впливу препаратів для наркозу, що використовуються, на гемодинаміку. На етапах лікування постраждалих від вибухової травми вдалося зберегти нормотензію завдяки інфузійно-трансфузійній терапії та вазопресорній підтримці. Наприкінці операції змішаний декомпенсований ацидоз та підвищення лактату вимагатиме подальше лікування у відділенні інтенсивної терапії.

Ключові слова: вибухова травма, оцінка тяжкості постраждалих, анестезія.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Champion H., Holcomb J., Young L. Injuries from explosions: physics, biophysics, pathology, and required research focus. *J Trauma*. 2009; 66: 1468-1477. Doi:10.1097/TA.0b013e3181a27e7f.
2. Wolf S.J., Bebaria V.S., Bonnett C.J. et al. Blast injuries. *Lancet*. 2009; 374: 405-415/ DOI: 10.1016/S0140-6736(09) 60257-9.
3. Plurad D.S. Blast injury. *Mil.Med*. 2011; 176(3): 276-282. Doi: 10.7205/milmed-d-10-00147.
4. Scott T.E., Kirkman E., Haque M., Gibb I.E., Vahoney P. and Hardman J.G. Primary blast lung injury – a review. *BJA*, 2017/-118(3):311-316. DOI: 10.1093/bja/aew385
5. Гурьєв С.О., Кравцов Д.І., Казачков В.Є., Ордатий А.В. Мінно-вибухова травма внаслідок сучасних бойових дій на прикладі антитерористичної операції на сході України. Повідомлення 1. Клініко-епідеміологічна характеристика постраждалих із мінно-вибуховою травмою на ранньому госпітальному етапі надання медичної допомоги. *Травма*. 2015. – Том 16. – №6. – С.5-8;
6. Гурьєв С.О., Кравцов Д.І. Стандартизована оцінка тяжкості вогнепальних та мінно-вибухових пошкоджень, що виникли внаслідок сучасних бойових дій. *Травма*. 2016. – Том 17. – №3. – С.65-68. DOI:10.22141.1608-1706.3.17.2016.75777

УДК 618.38-03.47-03:616.-007

Егоров О.О.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Нові медичні технології в лікуванні передраку і початкового раку шийки матки (РШМ) дозволяють зберегти репродуктивну функцію та забезпечити можливість подальшої вагітності та пологів. Виразність зрушень у судинно-тромбоцитарному, коагуляційному, фібринолітичному та антикоагулянтному ланках гемостазу визначається особливостями перебігу вагітності та вихідним станом системи згортання [1]. Ці фактори взаємопов'язані та взаємозалежні, їх порушення нерідко призводять до переривання вагітності в різні терміни, що робить актуальною своєчасну діагностику внутрішньосудинного тромбоутворення [2,3].

МЕТОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ

Оцінити стан системи гемостазу у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкового РШМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Основну групу склали 40 вагітних, яким від 2 до 5 років тому було проведено органозберігаюче лікування з приводу цервікальної інтраепітеліальної неоплазії II-III ступеня та РШМ Tis і T1a1N0M0. До групи порівняння увійшли 40 практично здорових вагітних з неускладненим анамнезом і фізіологічним перебігом цієї вагітності. Дослідження системи гемостазу проведено на селективному аналізаторі – коагулометрі Sysmex SA-50 (Японія).

РЕЗУЛЬТАТИ

У вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкового РШМ на рівні судинно-тромбоцитарного гемоста-

зу вже у першому триместрі вагітності виявлялося достовірне зниження рівня тромбоцитів, активація адгезивно-агрегаційного потенціалу тромбоцитів порівняно з жінками фізіологічним перебігом вагітності. В основній групі було виявлено збільшення протромбінового індексу та зменшення активованого часткового тромбопластинового часу, підвищення концентрації фібриногену, найбільш виражене до кінця III триместру вагітності. Зі збільшенням терміну гестації у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкового РШМ відбувається одночасна активація тромбоцитарної та прокоагулянтної ланок системи гемостазу. З II триместру вагітності поступово починав знижуватись антикоагулянтний потенціал крові внаслідок зменшення вмісту основного фізіологічного антикоагулянту – антитромбіну III. Зниження антитромбінового потенціалу у жінок основної групи поряд з гіперкоагуляцією є додатковим фактором ризику розвитку тромбозів, дезадаптації у системі гемостазу. Зміни при вагітності у жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкового РШМ торкаються і системи фібринолізу. Зі збільшенням терміну вагітності у жінок основної групи зростала ступінь тромбінемії, що виявлялося у збільшенні концентрації розчинних фібрин-мономерних комплексів, продуктів деградації фібриногену та фібрину на відміну від групи порівняння.

ВИСНОВКИ

Таким чином, у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкового РШМ відзначено постійну активацію тром-

ЗМІСТ

ВІТОВСЬКИЙ А.Р., ЛОСКУТОВ О.А., МАЗУР А.П., КОЛТУНОВА Г.Б. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ ТА КОРОНАРНОГО КРОВОТОКУ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ЕТАПАХ ІНДУКЦІЇ ТА ІНТУБАЦІЇ	44
ГАРБАР М.О., МАТОЛІНЕЦЬ Н.В., УШІНЕВИЧ Ж.О., СВИТЛИК Г.В. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ NT-PROBNP ТА АНАТОМІЧНИХ І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЮЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ З ПРИЧИНИ ПЛАНОВИХ НЕКАРДІАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ	45
ГРИЦЕНКО С.М., ГАВРИЛЮК В.П., БРІК Б.А., ВЕРХОВСЬКИЙ П.І., ГРАБОВЕЦЬКИЙ В.А., ГЕНЬБА О.В., МИРОШНИЧЕНКО Д.О., ШЕПЕЛЄВА О.О., ТАРАН Р.М., БОДНАР Н.В. ТРИРІЧНИЙ ДОСВІД АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ВИБУХОВІЙ ТРАВМИ НА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ	45
ЕГОРОВ О.О. ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ	46
ЄХАЛОВ В.В., КРИШТАФОР Д.А., ХАРИПОНЧУК К.В. ПРОГНОЗУВАННЯ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНІЙ СИМПАТИЧНІЙ ГІПЕРАКТИВНОСТІ	47
ЄХАЛОВ В.В., КРИШТАФОР Д.А., ХАРИПОНЧУК К.В. ПРОГНОЗУВАННЯ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНІЙ СИМПАТИЧНІЙ ГІПЕРАКТИВНОСТІ	48
ЙОВЕНКО І.О., ГАВРИЧЕНКО Д.Г. ПИТАННЯ ГУМАНІЗАЦІЇ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	48
ЙОВЕНКО І.О., ГАВРИЧЕНКО Д.Г., ЄНІН Р.В. ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP (AMS) – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА БЕЗПЕКИ У ВАІТ	49
КЛИГУНЕНКО О.М., КРАВЕЦЬ О.В., ЗОЗУЛЯ О.О., КРИШТАФОР А.А., МАРЗАН О.О., ПЛОЩЕНКО Ю.О., СТАНІН Д.М. АЛЬБУМІН В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ПРЕЕКЛАМПСІЇ	50
КЛИГУНЕНКО О.М., КРАВЕЦЬ О.В., ЗОЗУЛЯ О.О., ЄХАЛОВ В.В., КРИШТАФОР Д.А., СТАНІН Д.М. ЧИ ДОЦІЛЬНО ВВОДИТИ ПРОГЕСТЕРОН ПРИ ТЯЖКІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМИ	51
КОНОВЧУК В.М., АНДРУЩАК А.В., КУШНІР С.В. АКТИВАЦІЯ ТОКСИНОВИДІЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК У ПРИ ЦД 2 УСКЛАДНЕНОМУ СИНДРОМОМ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ	51
КРЕНЬОВ К.Ю., СУХОДОЛЯ А.І. ВИЗНАЧЕННЯ ДИНАМІКИ РІВНІВ НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕЙРОТРАВМОЮ, ЩО УСКЛАДНИЛАСЬ СИНДРОМОМ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	52
КРИШТАФОР А.А., КРИШТАФОР Д.А., КЛИГУНЕНКО О.М., ЄХАЛОВ В.В., СТАНІН Д.М., ТЮТЮННИК А.Г. НЕОПІАТНІ АНАЛГЕТИКИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ БОЛЮ: АНАТОМІЯ І ФІЗІОЛОГІЯ БОЛЮ, СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ФАРМАКОЛОГІЇ	53
КРИШТАФОР Д.А., КРАВЕЦЬ О.В., КЛИГУНЕНКО О.М., ЄХАЛОВ В.В., СТАНІН Д.М. СЕДАЦІЯ У ВАІТ: КУРС НА КОМФОРТ ТА БЕЗПЕКУ ПАЦІЄНТА	53
ЛОСКУТОВ О.А., КАНДИБОР А.Р., ШАБАНОВ Д.В. ПРОТИЗАПАЛЬНІ ЕФЕКТИ ЛІДОКАЇНУ У СХЕМІ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ ЗІ ШТУЧНИМ КРОВООБІГОМ	54
ЛЬОВКІН П.І. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СУФЕНТАНІЛУ ЯК КОМПОНЕНТА ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА СЕРЦІ З ШТУЧНИМ КРОВООБІГОМ	55
НОВІКОВА Е.І., МАЗУР А.П. ДИХАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ	55
ОЛЕЙНІКОВА Ю. О., ДОМОРАЦЬКИЙ О. Е. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДИК ПРОЦЕДУРНОЇ СЕДАЦІЇ ПРИ КОЛОНОСКОПІЯХ	56
ПИЛИПЕНКО О.В., КРАВЕЦЬ О.В. ESP-БЛОК ЧИ QL-БЛОК ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНОМУ ВИДАЛЕННІ ЖОВЧНОГО МІХУРА: ДОСВІД УРГЕНТНОЇ ХІРУРГІЇ	57