

2. Sazhin V.P., Klimov D.E., Sazhin I.V., Yurishchev V.A. Laparoscopic appendectomy during pregnancy. *Khirurgia* 2009; 2: 12-15.

3. Shapkin Yu.G., Livadnyy G.V., Marshalov D.V., Petrenko A.P. Modern technologies in diagnostic of acute appendicitis during pregnancy

(literature review). *Bulletin' meditsinskoi Internet-konferentsii* 2011; 2: 29-37.

4. Heneghan S.J. Diagnostic laparoscopy guidelines (SAGES). *Surg Endosc* 2008; 22: 1353-1383.

5. Rauf A., Suraweera P., De Silva S. Operative laparoscopy: is a safe option

in pregnancy? *Gynecological Surgery* 2009; 4 (6): 381-384.

6. Corneille M.G., Gallup T.M., Bening T., Wolf S.E., Brougher C., Myers J.G. The use of laparoscopic surgery in pregnancy: evaluation of safety and efficacy. *Am J Surg* 2010; 20 (6): 363-367.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.381-007.274

I. М. Дейкало, Д. В. Осадчук, В. В. Буката  
**ПЕРЕВАГИ ТА НЕБЕЗПЕКИ  
ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ  
ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопіль, Україна

УДК 616.381-007.274

И. Н. Дейкало, Д. В. Осадчук, В. В. Буката

**ПРЕИМУЩЕСТВА И ОПАСНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины», Тернополь, Украина

Острая спаечная кишечная непроходимость ликвидирована с помощью лапароскопического адгезиолизиса у 56 больных. Лапароскопические технологии зарекомендовали себя как высокоэффективный метод диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Преимущества лапароскопического адгезиолизиса — малоинвазивность, отсутствие типичных для лапаротомии осложнений и быстрая реабилитация больных, снижение вероятности рецидива спаечного процесса. Рекомендуем начинать лечение всех случаев острой кишечной непроходимости в первой стадии развития патологического процесса с диагностической лапароскопии с последующим решением возможного лапароскопического адгезиолизиса.

**Ключевые слова:** острая спаечная непроходимость, лапароскопический адгезиолизис.

UDC 616.381-007.274

I. M. Deykalo, D. V. Osadchuk, V. V. Bukata

**ADVANTAGES AND DANGERS OF ACUTE ADHESIVE OBSTRUCTION LAPAROSCOPIC SURGERY**

I. Ya. Horbachevskyy Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

**Introduction.** Peritoneal adhesions disease is one of the difficult and unsolved problems of current abdominal surgery. In most cases, acute adhesive obstruction requiring surgery. Laparoscopic adhesiolysis in acute obstruction is rarely carried out, this issue requires further study and analysis.

**Purpose.** Researching the benefits and dangers of laparoscopic adhesiolysis in acute obstruction.

**Materials and methods.** Results of treatment of 175 patients with acute intestinal obstruction were analysed.

**Results.** Laparoscopic technology has provided an opportunity for elimination of adhesive obstruction in 56 patients. The operation from 15 minutes to 65 minutes. The advantages of laparoscopic elimination were low trauma, mild pain on the first day after surgery treatment, 8–16 hours restored motility, rapid rehabilitation of patients.

Laparoscopic technology is absolutely contraindicated in end-point acute heart failure and the presence of extensive scarring of the anterior abdominal wall.

**Conclusions.** 1. Laparoscopy and laparoscopic adhesiolysis were highly effective in the diagnosis and treatment of acute adhesive intestinal obstruction.

2. The advantages of laparoscopic adhesiolysis were low trauma, lack of typical complications of laparotomy and quick rehabilitation of patients, which reduce recurrence of adhesive process.

3. We recommend to start treating all cases of acute intestinal obstruction at the beginning of the pathological process of diagnostic laparoscopy followed by laparoscopic adhesiolysis, if it is possible.

**Key words:** acute adhesive obstruction, laparoscopic adhesiolysis.

Спайкова хвороба очеревини (СХО) — одна з найскладніших і остаточно не вирішених актуальних проблем абдо-

мінальної хірургії [2–4]. Зі спайками пов'язані більше 40 % випадків кишкової непрохідності, з них 60–70 % — тонкокиш-

кової [1]. Кількість хворих на гостру спайкову непрохідність (ГСН) становить 3–5 % від загальної кількості хірургічних



хворих у стаціонарі. У більшості випадків ГСН вимагає хірургічного втручання. Останнім десятиліттям лапароскопічні технології все ширше використовуються як метод діагностики та лікування СХО [5; 6]. За даними літератури, 93 % хворих на ГСН мали в анамнезі оперативні втручання [4; 7]. Проте лапароскопія при лікуванні ГСН тепер має цілу низку обмежень і протипоказань. Лапароскопічний адгезіолізис при ГСН проводиться рідко, дана проблема потребує подальшого вивчення й аналізу.

**Мета роботи** — вивчити переваги та небезпеки лапароскопічного адгезіолізу при гострій спайковій непрохідності.

### **Матеріали та методи дослідження**

Проаналізовані результати лікування 175 хворих на гостру тонкокишкову непрохідність (ГТКН) у хірургічному відділенні Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги за період з 2011 по 2014 рр. Діагностичний пошук здійснювали за протоколами надання медичної допомоги хворим на гостру кишкову непрохідність, який включав клінічні методи обстеження, променеву діагностику, ультразвукову діагностику, езофагофіброгастроудоденоскопію (ЕФГДС), визначення внутрішньочеревного тиску та в окремих випадках комп'ютерну томографію органів черевної порожнини і лапароскопію. Причиною ГТКН були: спайкова хвороба — у 150 (86,7 %), заворот тонкої кишки — у 9 (5,1 %), вузлуотворення — у 2 (1,1 %), пухлини — у 4 (2,3 %), інвагінація — у 6 (3,4 %), камінь жовчного міхура — у 2 (1,1 %), стороннє тіло (металевий предмет) — у 1 (0,6 %) і безоар — у 1 (0,6 %) хворого. Вік хворих — від 18 до 61 року. Чоловіків було 57, жінок — 118.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

У 66 (47,1 %) хворих ГСН ліквідовано консервативно, а 84 (52,9 %) пацієнти оперова-

ні. Об'єм оперативного втручання відповідав інтраопераційній ситуації. Лапароскопічна технологія забезпечила можливість ліквідації ГСН у 56 хворих. У 53 випадках причиною непрохідності були спайки черевної порожнини, у 2 випадках — заворот тонкої кишки, у 1 випадку — тонко-тонкокишкова інвагінація. Попередні операції: апендектомія (типовий доступ) — 26; апендектомія (нижньо-серединна лапаротомія) — 5; гінекологічні операції — 7; операції на жовчному міхурі та позапечінокових жовчних проток — 11; операції з приводу травм живота — 3; операції на шлунку — 1. У 3 хворих операцій в анамнезі не було. Тривалість операції становила від 15 до 65 хв. Лапароскопічні технології застосовували у хворих з першою стадією ГСН «ілеусного крику». При цьому оперативне втручання потрібно розпочинати з діагностичної лапароскопії з подальшим визначенням причини характеру непрохідності та можливості її лапароскопічної ліквідації.

Вважаємо, що лапароскопічні технології абсолютно протипоказані при термінальній стадії ГСН, а також за наявності великих рубцевих змін передньої черевної стінки.

Для пневмоперитонеуму та введення першого відеопорту в черевну порожнину використовували метод Хассона. З метою профілактики ушкодження внутрішніх органів, відеопорт інстальювали після попереднього ультразвукового діагностичного обстеження черевної порожнини, при якому звертали увагу на мобільність кишок, збільшення висоти складок слизової оболонки, розміри просвіту кишки, наявність зворотного-поступального руху хімусу, гіперпневматизації кишечнику. Після панорамної лапароскопії та з'ясування причини ГСН додаткові порти розташовували у місцях, вільних від спайок, під ретельним візуальним контролем. Оптимальною локалізацією відеопорту є припупкова ділянка, яка дозволяє забезпечити зручні умови для

візуальної ревізії всіх органів черевної порожнини. У 7 пацієнтів під час ревізії виникла необхідність зміни положення лапароскопа через вираженість спайкового процесу.

Для лапароскопічної ревізії використовували атравматичні кишкові затискачі. Ревізію тонкої кишки здійснювали від зв'язки Трейца до ілеоцекального кута чи навпаки. Обов'язковим етапом була ревізія ділянки введення першого троакару з метою виключення ушкодження органів черевної порожнини та судин. Роз'єднання спайок здійснювали ножицями, в окремих випадках використовували технологію Liga-sure.

У 3 хворих, в анамнезі яких не було операцій на органах черевної порожнини, причиною ГТКН виявилися шнуроподібні спайки у черевній порожнині. У жодному випадку конверсій на лапаротомію не було. При лікуванні 2 пацієнтів інтраопераційно були сумніви щодо життєздатності кишки, у зв'язку з чим у черевній порожнині залишали відеопорт для спостереження за стінкою кишки. Контрольна лапароскопія на другу добу після операції показала повне відновлення життєздатності кишки. Усім хворим після ліквідації спайок здійснювали дренажування черевної порожнини.

В однієї хворої під час адгезіолізу площинних спайок після гінекологічної операції, які стали причиною ГСН, був ушкоджений сечовий міхур. Дефект зашито двома інтракорпоральними швами (лапароскопічно). У післяопераційному періоді встановлено постійний катетер у сечовий міхур на три дні. Післяопераційний період пройшов рівно. В одному випадку причиною завороту тонкої кишки був дивертикул Меккеля, який шнуроподібним тяжем був фіксований до пупка. Дивертикул видалено лапароскопічно.

Переваги лапароскопічної ліквідації ГСН очевидні: незначна травматичність; малоінвазивність; легкий больовий синдром у перший день після опе-



рації; швидке, через 8–16 год, відновлення перистальтики; швидка реабілітація хворих.

Небезпеки лапароскопічних технологій у лікуванні ГТКН дещо перебільшені, при скрупульозному дотриманні правил лапароскопічної техніки з використанням методики Хассона для введення відеопорту ризику мінімальні. Застосування голки Вереша для накладання пневмоперитонеуму у хворих на ГСН небезпечно через можливість uszkodження кишки.

### Висновки

1. Лапароскопія і лапароскопічний адгезіолізис є високо ефективними методами діагностики та лікування гострої спайкової кишкової непрохідності.

2. Переваги лапароскопічного адгезіолізу — малоінвазивність, відсутність типових для лапаротомії ускладнень і швидка реабілітація хворих, що знижує вірогідність рецидиву спайкового процесу.

3. Рекомендуємо розпочинати лікування всіх випадків гострої кишкової непрохідності в

першій стадії розвитку патологічного процесу з діагностичної лапароскопії з подальшим вирішенням можливого лапароскопічного адгезіолізу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Оптимізація комплексного лікування спайкової хвороби черевної порожнини* / Р. В. Бондарев, А. А. Орехов, А. Л. Чібіков, С. С. Саліванов // Харківська хірургічна школа. — 2013. — Т. 58, № 1. — С. 112.

2. *Применение противоспаечных средств в профилактике спаечной болезни живота* / С. А. Степанян, В. Т. Апонян, Р. Н. Месропян [и др.] // Вестник хирургии. — 2012. — № 3. — С. 45–49.

3. *Тищенко В. В.* Спайки брюшной полости, некоторые вопросы патогенеза, профилактики и лечения / В. В. Тищенко // Клінічна хірургія. — 2010. — № 7. — С. 32–36.

4. *Михин И. В.* Лечение болевых форм спаечной болезни брюшной полости лапароскопическим способом / И. В. Михин, А. Г. Бебуришвили, А. В. Гушул // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. — 2010. — № 2. — С. 40–44.

5. *Пак В. Я.* Спайковый синдром черевини як хірургічна проблема / В. Я. Пак // Вісник СумДУ. Серія «Медицина». — 2012. — Т. 2. — С. 39.

6. *Чекмазов И. А.* Спаечная болезнь брюшины / И. А. Чекмазов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 160 с.

7. *Середа Н. І.* Оптимізація тактики і лікування пацієнтів на спайкову хворобу черевини / Н. І. Середа // Вісник СумДУ. Серія «Медицина». — 2014. — Т. 2. — С. 8.

### REFERENCES

1. Bondarev R.V., Orekhov A.A., Chibikov A.L., Salivanov S.S. Optimization of complex treatment of adhesive disease abdomen. *Kharkivska khirurgichna shkola* 2013; 58: 112.

2. Stepanyan S.A., Aponyan V.T., Mesropyan R.N., Eyramdzhyan H.T. Application is anti-adhesive to prevent disease of the peritoneum. *Bulletin' khirurgii* 2012; 10: 45-49.

3. Tishchenko V.V. Abdominal adhesions, some questions of pathogenesis, prevention and treatment. *Klinichna khirurgia* 2010; 7: 32-36.

4. Mikhin I.V., Beburishvili A.G., Gushul A.V. Treatment of pain forms of adhesive disease abdomen laparoscopically. *Bulletin Volgogradskogo nauchnogo tsentra RAMN* 2010; 2: 40-44.

5. Pак V.Ya. Peritoneal adhesions syndrome as a surgical problem. *Visnyk SumDU. A series "Meditsina"* 2012; 2: 39.

6. Chekmazov I.A. Adhesive disease of the peritoneum. Moscow, GEOTAR-Media, 2008. 160 p.

7. Sereda N.I. Optimization tactics and treatment of patients with peritoneal adhesions illness. *Visnyk SumDU. A series "Meditsina"* 2014; 2: 8.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.149-008.341.1:347.440.32

Ю. В. Грубник, О. М. Загороднюк<sup>1</sup>, В. Ю. Грубник, В. А. Фоменко<sup>2</sup>, О. М. Юзвак

## РЕЗУЛЬТАТИ Й УСКЛАДНЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОТЕЧЕЮ, ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна,

<sup>1</sup> Одеська обласна клінічна лікарня, Одеса, Україна,

<sup>2</sup> Одеський центр шлунково-кишкових кровотеч на базі Міської клінічної лікарні № 11, Одеса, Україна

УДК 616.149-008.341.1:347.440.32

Ю. В. Грубник, О. Н. Загороднюк<sup>1</sup>, В. Ю. Грубник, В. А. Фоменко<sup>2</sup>, А. Н. Юзвак  
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина,

<sup>1</sup> Одесская областная клиническая больница, Одесса, Украина,

<sup>2</sup> Одесский центр желудочно-кишечных кровотечений на базе Городской клинической больницы № 11, Одесса, Украина

С 2010 по 2015 гг. под нашим наблюдением находились 360 больных циррозом печени. Из них 276 больным проводили эндоскопический гемостаз. После остановки кровотечения и стабилизации состояния больного в 72 случаях для профилактики рецидивов кровотечений вы-

