

альтеративних проявів захворювання, задовільному перебігу післяопераційного періоду, відсутності ускладнень і побічних впливів.

Незважаючи на існуючі обмежені показання щодо виконання ЛХЕ у хворих на ГДХ похилого віку, ми вважаємо за доцільне рекомендувати хірургам при виборі хірургічної тактики керуватися положеннями про мінімальні інвазивні втручання у таких хворих, що дозволяє мінімізувати травматичний вплив на організм у цілому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Dubois F. The epic of laparoscopy in gallbladder surgery / F. Dubois // *Rev. Prat.* – 2007. – Vol. 57, N 19. – P. 2198–2201.
2. Dubois F. Laparoscopic cholecystectomy. Technique and complications. Report of 2,665 cases / F. Dubois, G. Berthelot, H. Levard // *Bull. Acad. Natl. Med.* – 1995. – Vol. 179, N 5. – P. 1059–1066.
3. Surlin V. Imaging tests for accurate diagnosis of acute biliary pancreatitis / V. Surlin, A. Saftoiu, D. Dumitrescu // *World J. Gastroenterol.* – 2014. – Vol. 20, N 44. – P. 16544–16549.
4. Hartwig W. Acute cholecystitis: early versus delayed surgery / W. Hartwig, M. W. Buchler // *Adv. Surg.* – 2014. – Vol. 48. – P. 155–164.
5. Low-pressure versus standard-pressure pneumoperitoneum for laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis / J. Hua, J. Gong, L. Yao [et al.] // *Am. J. Surg.* – 2014. – Vol. 208, N 1. – P. 143–150.

6. *Single-access laparoscopic cholecystectomy versus classic laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials* / J. Zehetner, D. Pelipad, A. Darehzereshki [et al.] // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* – 2013. – Vol. 23, N 3. – P. 235–243.

7. *Laparoscopic vs. open cholecystectomy for cirrhotic patients: a systematic review and meta-analysis* / Y. Cheng, X. Z. Xiong, S. J. Wu [et al.] // *Hepatogastroenterology.* – 2012. – Vol. 59, N 118. – P. 1727–1734.

8. *Неотложная хирургия органов брюшной полости : клин. руководство* / П. Л. Ахметшин, А. А. Болдизхар, П. А. Болдизхар [и др.]; под ред. П. Г. Кондратенко, В. И. Русина. – Донецк : Издатель А. Ю. Заславский, 2013. – 720 с.

9. *Laparoscopic cholecystectomy — the new “gold standard”* / N. J. Soper, P. T. Stockmann, D. L. Dunnegan, S. W. Ashley // *Arch. Surg.* – 1992. – Vol. 127. – P. 917–921.

10. *Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients: gold standard for golden years?* / J. Bingener, M. L. Richards, W. H. Schwesinger [et al.] // *Arch. Surg.* – 2003. – Vol. 138, N 5. – P. 531–535.

REFERENCES

1. Dubois F. The epic of laparoscopy in gallbladder surgery. *Rev. Prat.* 2007; 57 (19): 2198–2201.
2. Dubois F., Berthelot G., Levard H. Laparoscopic cholecystectomy. Technique and complications. Report of 2,665 cases. *Bull. Acad. Natl. Med.* 1995; 179 (5): 1059–1066.
3. Surlin V., Saftoiu A., Dumitrescu D. Imaging tests for accurate diagnosis of acute biliary pancreatitis. *World J. Gastroenterol.* 2014; 20 (44): 16544–16549.

4. Hartwig W., Buchler M.W. Acute cholecystitis: early versus delayed surgery. *Adv. Surg.* 2014; 48: 155–164.

5. Hua J., Gong J., Yao L., Zhou B., Song Z. Low-pressure versus standard-pressure pneumoperitoneum for laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Surg.* 2014; 208 (1): 143–150.

6. Zehetner J., Pelipad D., Darehzereshki A., Mason R.J., Lipham J.C., Katkhouda N. Single-access laparoscopic cholecystectomy versus classic laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2013; 23 (3): 235–243.

7. Cheng Y., Xiong X.Z., Wu S.J., Lin Y.X., Cheng N.S. Laparoscopic vs. open cholecystectomy for cirrhotic patients: a systematic review and meta-analysis. *Hepatogastroenterology* 2012; 59 (118): 1727–1734.

8. Akhmetshin R.L., Boldizhar A.A., Boldizhar P. et al. *Neotlozhnaya khirurgiya organov bryushnoy polosti. Klinicheskoe rukovodstvo* [Urgent Surgery of the Abdominal Organs. Manual]. Kondratenko P.G., Rusin V.I. (eds). Donetsk, Zaslavsky Publ., 2013. 720 p.

9. Soper N.J., Stockmann P.T., Dunnegan D.L., Ashley S.W. Laparoscopic cholecystectomy — the new “gold standard”. *Arch. Surg.* 1992; 127: 917–921.

10. Bingener J., Richards M.L., Schwesinger W.H., Strodel W.E., Sirinek K.R. Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients: gold standard for golden years? *Arch. Surg.* 2003; 138 (5): 531–535.

Надійшла 17.02.2015
Рецензент д-р мед. наук,
проф. В. Є. Вансович

УДК 616.366-089.87-072.1-06:616.34-007.43-007.271

О. І. Дронов, І. О. Ковальська, Т. В. Лубенець

РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ЗАЩЕМЛЕНОЇ ГРИЖІ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

УДК 616.366-089.87-072.1-06:616.34-007.43-007.271

А. И. Дронов, И. А. Ковальская, Т. В. Лубенець
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина

Широкое внедрение лапароскопических технологий в хирургии позволило улучшить результаты операций, уменьшить их травматичность, снизить количество послеоперационных осложнений. В то же время появились новые осложнения, специфические для лапароскопической хи-



рургии. В статье приведен случай наблюдения за больной с ущемленной троакарной грыжей после лапароскопической холецистэктомии, которая осложнилась острой кишечной непроходимостью.

Ключевые слова: лапароскопическая хирургия, грыжа.

UDC 616.366-089.87-072.1-06:616.34-007.43-007.271

O. I. Dronov, I. O. Kovalska, T. V. Lubenets

A RARE CASE OF INCARCERATED HERNIA AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

O. O. Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Introduction. Laparoscopic cholecystectomy particularly reduced the frequency of postoperative hernias compared with classical open technique. But now we have new specific to laparoscopic techniques complications, one of them is port-site hernias. Incidence of port-site hernias is 0.3–5.4%, factors contributing to their occurrence are older age, obesity, diameter and shape of trocar, the presence of abdominal wall hernias history, risk also increases with the number of installed ports.

Materials and methods. Here is the actual observation of postoperative hernia after laparoscopic cholecystectomy. We have case of a 47-year women with acute intestinal obstruction. In anamnesis she had laparoscopic cholecystectomy two years ago. The other surgical procedures as well as existing defects of the anterior abdominal wall in the survey at the time of hospitalization was not presented. X-ray examination revealed signs of acute intestinal obstruction. Cause of acute intestinal obstruction was pinched loop of small intestine in the anterior abdominal wall defect 1.5 cm in diameter, formed in the area of trocar installation. The removal of obstruction, bowel nasogastric intubation and suturing the anterior abdominal wall defect was performed. The postoperative period was normal.

Conclusions. The use of laparoscopic technology has led to a significant reduction in rate of complications, such as postoperative hernia. However, in small number of patients after laparoscopic surgery there are possible some specific complications, including rare localization with their complicated diagnosis.

Key words: laparoscopic surgery, hernia.

Широке впровадження лапароскопічних технологій у хірургії сприяло зниженню травматичності оперативних втручань, зменшенню частоти та тяжкості післяопераційних ускладнень, поліпшенню косметичного ефекту операцій. Лапароскопічна холецистектомія зокрема дозволила знизити частоту післяопераційних гриж порівняно з класичною відкритою методикою. Разом з цим з'явилися нові, специфічні для лапароскопічних методик, ускладнення [1]. Одними з них є троакарні грижі, що трапляються з частотою 0,3–5,4 %. Факторами, що сприяють їх появі, є літній вік, ожиріння, діаметр і форма троакарів, наявність гриж передньої черевної стінки в анамнезі [2]. Ризик розвитку троакарних гриж також зростає з кількістю встановлених троакарів [3]. Описані випадки защемлення тонкої кишки в ранньому післяопераційному періоді після холецистектомії на п'яту добу в зв'язку з необхідністю виконання ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії [4].

Наводимо власне спостереження післяопераційної грижі після лапароскопічної холецистектомії.

До відділення було госпіталізовано хвору 47 років з явищами гострої кишкової непрохідності. В анамнезі — лапароскопічна холецистектомія в іншій клініці два роки тому. Пацієнтка звичайної тілобудови, індекс маси тіла 28. Інших хірургічних втручань, а також наявних дефектів передньої черевної стінки при обстеженні на момент госпіталізації не виявлено.

Хвора скаржилася на переймоподібні болі у животі протягом останніх 16 год, нудоту, багаторазове блювання. При рентгенологічному обстеженні виявлено ознаки гострої кишкової непрохідності. Визначено діагноз: гостра спайкова кишка непрохідність.

Після проведення передопераційної підготовки хвору прооперовано, виконано лапаротомію. У черевній порожнині спайковий процес не виражений, причиною гострої кишкової непрохідності було рихтерівське защемлення петлі тонкої кишки в дефекті передньої черевної стінки діаметром 1,5 см, що утворився в зоні встановлення троакара в правому підбер'язі при виконанні лапароскопічної холецистектомії. Грижовий мішок знаходився в межах товщини передньої

черевної стінки, до операції при огляді він не визначався через невеликі розміри. Петля тонкої кишки життєздатна, непрохідність усунуто. Проведено назогастральну інтубацію кишечника й ушивання дефекту передньої черевної стінки. Післяопераційний період без особливостей.

Висновки

Використання лапароскопічних технологій сприяє значному зменшенню частоти таких ускладнень, як післяопераційні грижі. Проте у деяких пацієнтів після лапароскопічних втручань спостерігаються подібні ускладнення, у тому числі рідкісної локалізації, з їх утрудненою діагностикою.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Imaging of complications associated with port access of abdominal laparoscopic surgery* / N. Y. Han, D. J. Sung, B. J. Park [et al.] // *Abdominal Imaging*. – 2014. – N 39 (2). – P. 398–410.
2. *Bunting D. M. Port-site hernia following laparoscopic cholecystectomy* / D. M. Bunting // *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. – 2010. – N 14 (4). – P. 490–497.
3. *Analysis of laparoscopic port site complications: A descriptive study*



/ S. Karthik, A. J. Augustine, M. M. Shibumon, M. V. Pai // Journal of Minimal Access Surgery. – 2013. – N 9 (2). – P. 59–64.

4. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography after laparoscopic cholecystectomy can strain the occurrence of trocar site hernia / F. Sumer, C. Kayaalp, M. A. Yagci [et al.] // World Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2014. – N 16; 6 (11). – P. 568–570.

REFERENCES

1. Han N.Y., Sung D.J., Park B.J., Kim M.J., Cho S.B., Kim Y.H. Imaging of complications associated with port access of abdominal laparoscopic surgery. *Abdom Imaging* 2014 Apr; 39 (2): 398-410.

2. Bunting D.M. Port-site hernia following laparoscopic cholecystectomy. *JLS* 2010 Oct-Dec; 14 (4): 490-497.

3. Karthik S., Augustine A.J., Shibumon M.M., Pai M.V. Analysis of laparoscopic port site complications: A de-

scriptive study. *J Minim Access Surg* 2013 Apr; 9 (2): 59-64.

4. Sumer F., Kayaalp C., Yagci M.A., Otan E., Kocaaslan H. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography after laparoscopic cholecystectomy can strain the occurrence of trocar site hernia. *World J Gastrointest.* 2014 Nov 16; 6 (11): 568-570.

Надійшла 1.04.2015

Рецензент д-р мед. наук,
проф. В. В. Міщенко

УДК 616.366-089.87-072.1-06:616.366-002-036.1]-37-084

В. М. Клименко, Б. С. Кравченко, О. В. Захарчук,
С. М. Кравченко, Д. В. Сиволап

ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ОДНОПОРТОВОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна,
Багатопрофільна лікарня ТОВ «ВітаЦентр», Запоріжжя, Україна

УДК 616.366-089.87-072.1-06:616.366-002-036.1]-37-084

В. Н. Клименко, Б. С. Кравченко, А. В. Захарчук, С. М. Кравченко, Д. В. Сиволап
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕ-
МЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОДНОПОРТОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина,
Многопрофильная больница ООО «ВитаЦентр», Запорожье, Украина

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) — это стандарт лечения желчнокаменной болезни. Однако при остром холецистите ЛХЭ приводит к росту частоты билиарных повреждений по сравнению с открытой техникой в 1,2–2 раза. Не определено место однопортового хирургического доступа при лечении острого холецистита.

В представленной работе, согласно данным дооперационного УЗИ, времени до момента операции, морфологической формы острого холецистита, разработаны критерии, позволяющие прогнозировать эффективность выполнения однопортовой холецистэктомии, использования дополнительного троакарного доступа. Показана необходимость планирования стандартной ЛХЭ или минилапаротомии с целью профилактики интраоперационных осложнений холецистэктомии при остром холецистите.

Ключевые слова: острый холецистит, однопортовая холецистэктомия, прогностические критерии, конверсия доступа.

UDC 616.366-089.87-072.1-06:616.366-002-036.1]-37-084

В. М. Клименко, Б. С. Кравченко, О. В. Захарчук, С. М. Кравченко, Д. В. Сиволап
PREDICTION AND PREVENTION OF INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS DURING
PERFORMING SINGLE-PORT CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS

Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya, Ukraine,
Multi-field Hospital "VitaCenter", Zaporizhzhya, Ukraine

Actuality. Laparoscopic cholecystectomy (LCE) is the standard treatment of cholelithiasis. Acute cholecystitis increased incidence of biliary lesions during LCE as compared with the open technique in 1.2–2 times. There is no definition for single-port laparoscopic accesses for acute cholecystitis at present time.

Goal. Determination of the criteria for selecting patients, the timing of operation, prognostic factors increase access while performing single-port laparoscopic cholecystectomy and depending on the data ultrasonography, time of onset in patients with acute cholecystitis.

Materials and methods. The analysis of the performance of 52 cholecystectomy for acute cholecystitis through a transumbilical single-port laparoscopic access (SILS).

Results. For preoperative ultrasound isolated 3 groups of patients. Group 1: bladder wall thickness of 3 mm and a length of 60 mm bladder, planned SILS access. 2nd group: bladder wall thickness to 4–8 mm and a length of 60–80 mm bladder, planned SILS access with optional additional

