

і явищами перитоніту невідомої етіології. У 3-х з них був виражений асцит, тому лапароскопічну діагностику починали з аспірації рідини з наступною ревізією органів черевної порожнини.

Результати діагностики були наступні: у 2-х хворих діагностовано асцит-перитоніт і операції завершувалися дренажуванням черевної порожнини силіконовою трубкою. Гострий калькульозний холецистит знайдено у 1 пацієнта – накладання карбоперитонеуму, лапароскопічна холецистектомія. Гострий апендицит діагностовано у трьох хворих – карбоперитонеум, лапароскопічна апендектомія. В 4-х випадках виявлено гострий панкреатит, набрякова форма – дренажування сальникової сумки і черевної порожнини. У 2-х пацієнтів діагностовано рак яйників-взяття біопсії. В 1 випадку у хворій знайдено некроз фіброматозного вузла матки – карбоперитонеум, лапароскопічне видалення вузла і у 2-х хворих – некроз пасма сальника – карбоперитонеум, лапароскопічне видалення частини сальника. У трьох пацієнтів хірургічної патології не знайдено.

Всі куrowані хворі були виписані додому в задовільному стані.

Висновки

1. У хірургічних хворих з важкою супутньою серцево-легеновою патологією з метою діагностики можна застосовувати лапароскопічну діагностику під місцевою анестезією.

2. Застосування лапароліфтингу під місцевою анестезією для лапароскопічної діагностики повинно бути короткочасним (3-5 хв.) і виконуватися досвідченим хірургом.

3. Запропонований метод для лапароскопічної діагностики патології органів черевної порожнини не викликає навантаження на серцево-легеневу систему.

4. Виконання лапароскопічної діагностики під місцевою анестезією потребує подальшого вивчення і удосконалення.

Література

1. Сабадишин Р. О. Хірургічне лікування пацієнтів з гострим калькульозним холециститом і супутньою функціональною серцево-судинною патологією / Сабадишин Р. О., Рижковський В. О. // Шпитальна хірургія, 1, 2004. - С. 24 – 27.

2. Лупальцов В. И. Оптимизация метода холецистэктомии у

пациентов при профессиональных заболеваниях органов дыхания // Лупальцов В. И., Мельников В. В. // Клінічна хірургія. – 2014. - №8. – С. 29 – 31.

Гончар М. Г., Богуш А. Е., Приймак Л. Д.

К методике лапароскопической диагностики

Резюме. За три года 1414 больным проведены лапароскопические оперативные вмешательства. 18-ти из них выполнена лапароскопическая диагностика под местной анестезией. В этих пациентов, кроме подозрения на патологию органов брюшной полости, была диагностирована тяжелая сопутствующая сердечно-легочная патология, а именно: сердечная аритмия, блокада пучка Гисса, перенесенные инфаркты и инсульты, хронические бронхиты, эмфизема легких. Предложенная методика лапароскопической диагностики под местной анестезией заключалась в следующем: метсная анестезия возле пупка, лапаролифтинг, введение лапароскопа и кратковременная (3-5 мин.) ревизия органов брюшной полости. Иногда, особенно при наличии у больных гипертонической болезнью, пациентам выполняли спинномозговую или перидуральную анестезию. При диагностировании патологии в брюшной полости больным давали наркоз, накладывали карбоперитонеум и выполняли необходимое оперативное вмешательство.

Ключевые слова: лапароскопическая диагностика, местная анестезия, лапаролифтинг.

M.G. Gonchar, A.Ye. Bogush, L.D. Pryymak

Methods of Diagnostic Laparoscopy

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk Central Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. During the period of three years, 1,414 patients underwent laparoscopic surgery. 18 patients underwent diagnostic laparoscopy under local anaesthesia. All these patients in addition to the suspected pathology of the abdominal cavity were diagnosed with severe concomitant cardiopulmonary pathology including acute myocardial infarction, ischemic and hemorrhagic stroke, coma of various genesis, pneumonia. The proposed technique included a local anaesthesia around the navel, laparolifting, the insertion of a laparoscope and a short inspection (3-5 min) of the abdominal organs. Sometimes, especially in patients with hypertension, spinal or epidural anaesthesia was used. While diagnosing the pathology, if necessary, the anaesthesia was given, carboperitonium was applied and the necessary surgery was performed.

Keywords: diagnostic laparoscopy; local anaesthesia; laparolifting

Надійшла 25.07.2016 року.

УДК 616-089.166

Гончар М. Г., Богуш А. Е., Марущак Н. М., Богуш Н. А.

Місце лапароскопічних операцій в плановій і ургентній хірургії

Івано-Франківський національний медичний університет, Центральна міська клінічна лікарня м. Івано-Франківська, Україна

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз застосування лапароскопічних оперативних втручань в плановій і ургентній хірургії. За три роки (2013-2015) у відділі проведено 3045 операцій на органах черевної порожнини. З цього числа 1455 виконано за малоінвазивною методикою. Доведено перспективне застосування лапароскопічних технологій в плановій і ургентній хірургії. Акцентується увага авторів на широкому застосуванні лапароскопічної діагностики як кінцевого етапу верифікації патології з подальшим адекватним оперативним втручанням.

Ключові слова: планова й ургентна хірургія, лапароскопічні технології.

Вступ. Малоінвазивні втручання все більше відсувають традиційну планову і ургентну хірургію на другий план, захоплюючи майже всі органи черевної порожнини [1, 2, 3, 4]. Широке застосування лапароскопічних операцій зумовлено їх значною перевагою над лапаротомними втручаннями – насамперед мінімізацією травми черевної порожнини і швидкою реабілітацією хворих. Поряд з цим, впровадження перспективних малоінвазивних інновацій, нових підходів до тактики проведення оперативних втручань, змінило техніку їх проведення, а саме: при

апендектомії кукса відростка не занурюється; перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, в більшості випадків, не висікається, а закривається однорядним швом; гострий панкреатит обмежується, як правило, санацією і дренажуванням черевної порожнини і сальникової сумки. В той же час, впровадження лапароскопічних методик дозволяє хірургу бути більш певним у позитивних наслідках оперативних втручань у хворих з важкою супутньою патологією. Збільшення кількості і діапазону лапароскопічних втручань, внаслідок відносно короткого періоду застосування, супроводжується і збільшенням кількості ускладнень при застосуванні цих методик [1, 3, 4]. Все це вимагає подальшого осмислення, аналізу і адекватної корекції з метою зменшення кількості негативних наслідків і більш широкого застосування цих щадних методик як в плановій, так і в ургентній хірургії.

Мета роботи – вивчити перспективи застосування малоінвазивних втручань в плановій і ургентній хірургії.

Матеріали і методи дослідження

У відділенні хірургії центральної міської клінічної лікарні м.Івано-Франківська в період з 2013 по 2015 роки прооперовано 6950 хворих, з них на органах черевної порожнини – 3045. З цього числа 1455 оперативних втручань виконано малоінвазивною методикою (таб. 1). В плановому порядку лапароскопічно прооперовано 744 пацієнти, а на долю ургентної хірургії припадає 63,05% хворих. Вік пацієнтів коливався від 18 до 84 років. Жінок було 1820 пацієнтів, чоловіки склали 42,1%.

Результати дослідження та їх обговорення

Таким чином, найбільша кількість планових оперативних втручань припадає на хронічний калькульозний холецистит (459), що складає 15,07%. В ургентній хірургії це місце займає гострий апендицит – 13,6%. Наступною нозологічною одиницею за кількістю оперативних втручань в ургентному порядку є гострий холецистит – 6,9% (213). Чільне місце в ургентній хірургії займає гострий панкреатит – 4,9% (149). Інша патологія зустрічалася від 1 до 18 випадків. Треба відзначити, що в 92 випадках (3,02%) лапароскопія закінчувалася конверсією. В 42 випадках виконувалася лапароскопічна діагностика, яка закінчувалася взяттям біопсії або дренажуванням черевної порожнини.

Треба відзначити, що в останні роки при перфоративній виразці шлунка і дванадцятипалої кишки, а також при гострому апендициті і холециститі застосовують лапароскопічні технології, які є менш травматичними, а період реабілітації значно скорочується і перебігає значно легше, ніж при лапаротомних втручаннях.

При проведенні 3045 лапароскопічних втручань виникло 6 ускладнень, а саме: 3 кровотечі з місця введення троакара; 1 жовчетеча, яка зупинилася самостійно; 1 перфорація тонкої кишки голкою Вереша – лапаротомія, ушивання; 1 пневматизація заочеревинного простору – лапаротомія, ревізія. Всі хворі в задовільному стані і виписані на амбулаторне лікування.

Хворі досить легко перенесли лапароскопічні втручання, вставали, ходили, піли, вживали рідку їжу на наступну добу після операції.

На підставі проведених досліджень і аналізу нашого матеріалу можна виробити конкретні покази до застосування лапароскопічних технологій в плановій і, особливо, в ургентній хірургії. В даний час, лапароскопічна хірургія практично охопила всі органи черевної порожнини, починаючи від хронічного калькульозного холециститу і закінчуючи панкреато-дуоденальною резекцією. Що стосується ургентної хірургії, то тут вона має певні обмеження, а саме: важкі форми розлитого перитоніту або гострої кишкової непрохідності, які вимагають інтубації кишечника і програмованої релапаротомії; важка супутня серцево-легенева патологія, при якій підвищення внутрішньочеревного тиску може привести до морбідних

ускладнень; виражений злуковий процес після багаторазових лапаротомій, особливо коли кишки припаяні до передньої черевної стінки і спаяні між собою грубими швартами; вроджені аномалії внутрішніх органів, особливо в гепатобіліарній системі і, нарешті, відсутність висококваліфікованого хірурга, який володіє досвідом лапароскопічних оперативних втручань.

Таким чином, застосування лапароскопічних технологій повинно мати конкретні покази до їх застосування, що значно зменшить кількість конверсій і післяопераційних ускладнень.

Варто зазначити, що конверсія не говорить про недостатню кваліфікацію хірурга. Її треба вважати, як етап комплексного хірургічного втручання. Головне, своєчасно перейти на лапаротомію, поки не припустилися фатальних помилок.

Висновки

Застосування лапароскопічних операцій в ургентній хірургії, в першу чергу, це кінцевий етап діагностики, верифікації патології з подальшим адекватним оперативним втручанням.

Для запобігання ускладнень при проведенні лапароскопічних операцій їх треба застосовувати строго за показами.

Конверсію необхідно виконувати своєчасно і вважати її як етап комплексного втручання.

Малотравматичність і надійний функціональний результат від лапароскопічних методик прогнозує їх перспективне кількісне зростання в плановій і ургентній хірургії і, паралельно з цим, вимагає удосконалення індивідуальної техніки хірургів, розробки нових малоінвазивних методик.

Сучасне захоплення лапароскопічною хірургією з накопиченням досвіду, з глибоким і ретельним вивченням віддалених результатів, з часом дозволить розробити чіткі покази до застосування малоінвазивної і традиційної хірургії.

Література

1. Ann E. Laparoscopic Cholecystectomy for Mild Gallstone Pancreatitis Time for a Paradigm Shift / Ann E., Falor C., Early // Arch Surg 2012; 11: 1031-1035.
2. Chun T. Treatment of severe acute pancreatitis through retroperitoneal laparoscopic drainage // Front. Med 2011; 5: 302-305.
3. Mittu J. Laparoscopic necrosectomy in acute necrotizing pancreatitis: Our experience / Mittu J., Mathew B. // J. Minim Acces Surg. 2014; 10: 168-191.
4. Лапароскопические технологии в диагностике и лечении экстренной абдоминальной патологии / С. А. Касумьян, А. А. Прибыткин, А. Ю. Некрасов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2014. - № 1. – С. 181 – 183.

Гончар М.Г., Богущ А.Е. Марущак Н.М., Богущ Н.А.

Место лапароскопических операций в плановой и ургентной хирургии.

Резюме. Проведен ретроспективный анализ применения лапароскопических операционных вмешательств в плановой и ургентной хирургии. За три года (2013-2015) в отделении хирургии ЦГБ проведено 3045 операций на органах брюшной полости. Из этого числа 1455 выполнено с применением малоинвазивных методик. Доказано перспективное применение лапароскопических технологий в плановой и ургентной хирургии. Внимание авторов акцентируется на широком применении лапароскопической диагностики, как конечного этапа верификации патологии с последующим адекватным оперативным вмешательством.

Ключевые слова: плановая и ургентная хирургия, лапароскопические технологии.

M.H. Honchar, A.Ye. Bogush, N.M. Marushchak, N.A. Bogush

Laparoscopy in Elective and Emergency Surgery

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk Central Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. A retrospective analysis of using laparoscopy in elective and emergency surgery was made. During the period of 3 years (2013-

Таблиця 1. Діапазон лапароскопічних операцій

№ п/п	Патологія	Вид операції	Кількість	Ускладнення
1.	Гострий апендицит	Лапароскопічна апендектомія	398	2 кровотечі – релапароскопія, зупинка кровотечі
2.	Перфоративна виразка	Лапароскопічне ушивання перфоративної виразки	18	
3.	Гострий холецистит	Лапароскопічна холецистектомія	213	1 жовчетеча – зупинилась без втручання
4.	Гострий панкреатит, біларний	Лапароскопічна холецистектомія з дренажуванням черевної порожнини	169	
5.	Апоплексія яйників, розрив кисти	Лапароскопічна санація і дренажування, зупинка кровотечі, цистектомія	83	1 перфорація тонкої кишки голкою Вереща – лапаротомія, ушивання кишки; 1 релапароскопія, зупинка кровотечі
6.	Мезентеріальний тромбоз	Пробна лапароскопія	4	
7.	Перекрут сальника з некрозом	Лапароскопічна резекція великого сальника	7	
8.	Некроз жирової підвіски	Лапароскопічне видалення жирової підвіски	8	
9.	Мезаденіт	Лапароскопічне взяття біопсії лімфовузлів	7	
10.	Кишкова колика	Лапароскопічна діагностика	12	
11.	С-г. Канцероматоз	Лапароскопічне взяття біопсії	11	
12.	С-г сліпої кишки	Лапароскопічна правобічна геміколектомія з ілеотрансверзоанастомозом	8	
13.	С-г сигмовидної кишки	Лапароскопічна резекція сигмовидної кишки з накладанням анастомозу кінець в кінець	8	
14.	Злукова хвороба очеревини	Лапароскопічне роз'єднання злук	11	
15.	Хронічний апендицит	Лапароскопічна апендектомія	2	
16.	Поліпи жовчного міхура	Лапароскопічна холецистектомія	2	
17.	ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит	Лапароскопічна холецистектомія	459	1 пневматизація за очеревинного простору – лапаротомія, ревізія.
18.	Грижа стравохідного отвору діафрагми	Лапароскопічна передня круорофія	3	
19.	Киста печінки	Лапароскопічне видалення кисти печінки	18	
20.	Хронічний панкреатит, киста підшлункової залози	Лапароскопічне дренажування	4	
21.	Жовчетеча	Релапароскопія, санація і дренажування	1	
22.	Стороннє тіло черевної порожнини	Лапароскопічне видалення стороннього тіла	3	
23.	Травма	Лапароскопічна зупинка кровотечі, санація і дренажування	3	
24.	Абсцес черевної порожнини	Розкриття абсцесу, санація і дренажування	2	
26.	Лапароскопія з конверсією при різній патології		92	
27.	Використання лапароскопа		1455	

2015) 3,045 surgical operations on the abdominal organs were performed. In 1,455 cases minimally invasive surgical techniques were used. Perspective use of laparoscopic technology in elective and emergency surgery was proven. The attention of authors was concentrated on the widespread use of diagnostic laparoscopy as the final stage of pathology verification followed by subsequent adequate

surgery.

Keywords: *elective and emergency surgery; laparoscopic technologies*

Надійшла 18.07.2016 року.