

втручання на органах черевної порожнини, малого таза і заочеревинного простору на тлі супутньої соматичної патології. Досліджувану групу склали 36 пацієнтів, оперованих з використанням авторської технології лапароліфтинга, контрольну - 48 пацієнтів, оперованих за класичною технологією з накладанням карбоксиперітонеуму. Визначено варіанти оптимальних оперативних доступів, вивчено структуру і частоту післяопераційних ускладнень, особливості перебігу раннього післяопераційного періоду. Виявлено, що симультанні ліфтингові лапароскопічні операції мають ряд незаперечних переваг: знижуються частота та тяжкість післяопераційних ускладнень, інтенсивність післяопераційного болювого синдрому, кількість загострень супутніх хронічних захворювань, тривалість перебування в стаціонарі після операції.

Ключові слова: симультанна лапароскопія, безгазова лапароскопія, лапароліфтинг.

Zaporozhchenko B.S., Kolodiy V.V., Gorbunov A.A., Muraviov P.T., Holodov I.G., Shevchenko V.G.
"GASLESS" LAPAROSCOPY IN SIMULTANEOUS SURGERY OF THE ABDOMINAL CAVITY, RETROPERITONEAL SPACE AND SMALL PELVIS CAVITY

Summary. The paper analyzes the results of surgical treatment of 84 patients who underwent simultaneous surgery on the abdominal, pelvic and retroperitoneal space on the background of concomitant somatic pathology. Study group consisted of 36 patients operated with the author laparolifting technology, control group - 48 patients operated by the classic technology with imposing carboperitoneum. Identify options for optimal surgical approaches, the structure and frequency of postoperative complications, especially the flow of early postoperative period. It was revealed that the simultaneous lifting laparoscopic surgery have a number of advantages: reduced frequency and severity of postoperative complications, postoperative pain intensity, the number of exacerbations associated chronic diseases, length of hospital stay after surgery.

Key words: Simultaneous laparoscopy, gasless laparoscopy, laparolifting.

Рецензент - д.мед.н., доц. Дехтярь А.Л.

Статья поступила в редакцию 11.12.2015 г.

Запороженко Борис Сергеевич - д.мед.н., проф. кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии ОНМедУ; +38 048 734-27-62

Колодий Валентин Валентинович - к.мед.н., доц. кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии; +38 067 766-86-14; surgery@icn.od.ua

Горбунов Анатолий Анатольевич - к.мед.н., доцент кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии; +38 048 734-27-64

Муравьев Петр Тадеушевич - доц. кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии; +38 048 734-27-64

Холодов Игорь Георгиевич - асс. кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии ОНМедУ; +38 048 734-27-62

Шевченко Валерия Геннадиевна - к.мед.н., асс. кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии; +38 048 734-27-64

© Петрушенко В.В., Ошовський А.І., Радьога Я.В., Ляховченко Н.А.

УДК: 616.361-089

Петрушенко В.В.¹, Ошовський А.І.², Радьога Я.В.¹, Ляховченко Н.А.¹

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, курс "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), ²Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ, У ЦЕНТРІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТА МАЛОІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ІМ. М.І. ПИРОГОВА ЗА 2013-2015 РОКИ

Резюме. Протягом останніх трьох років у роботу Центру лапароскопічної та малоінвазивної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова було впроваджено методи корекції патології жовчного міхура та позапечінокових жовчних шляхів з використанням лапароскопічного інструментарію та фіброволоконної ендоскопії. Метою нашого дослідження було проаналізувати результати лікування пацієнтів із біліарною патологією у Центрі лапароскопічної та малоінвазивної хірургії за 2013-2015 роки. Аналіз лікування пацієнтів із біліарною патологією виявив, що застосування комбінації малоінвазивних технологій дозволяє уникнути розширених травматичних оперативних втручань на позапечінокових жовчних шляхах та покращити результати лікування профільних хворих.

Ключові слова: жовчокам'яна хвороба, ускладнення калькульозного холециститу, холедохолітаз, лапароскопія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, літоекстракція.

Вступ

У структурі хвороб органів травлення перше місце посіли хвороби біліарного тракту (хронічний холецистит, жовчокам'яна хвороба), які складали 25,1% від загальної кількості дорослих хворих [2]. На жовчокам'яну хворобу страждає кожна п'ята жінка та кожний десятий чоловік після 50 років. На даний момент, пацієнти з холелітазом складають від 10% до 15% дорослого населення і близько 30% з них оперуються. Крім того, у 15-17% хворих, що страждають на жовчокам'яну хворобу, діагностується наявність конкрементів у жовчовивідних шляхах, що потребує проведення розширених травматичних втручань та призводить до

пацієнти з холелітазом складають від 10% до 15% дорослого населення і близько 30% з них оперуються. Крім того, у 15-17% хворих, що страждають на жовчокам'яну хворобу, діагностується наявність конкрементів у жовчовивідних шляхах, що потребує проведення розширених травматичних втручань та призводить до

значної кількості ускладнень [1].

Зважаючи на поширеність даної патології серед населення регіону та значні соціально-економічні наслідки розвитку ускладнень, питання вибору тактики лікування, а також місце малоінвазивних технологій у цьому процесі є досить актуальним [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

Матеріали та методи

Проведено аналіз лікування 1763 хворих на калькульозний холецистит та його ускладнення, які були ушпиталені до Центру лапароскопічної та малоінвазивної хірургії протягом 2013-2015 років.

Всі пацієнти після надходження до стаціонару проходили повне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження згідно чинних стандартів надання медичної допомоги.

Після обстеження в кожному окремому випадку індивідуально визначався попередній план оперативного втручання. Остаточний варіант лікувальної тактики приймався із урахуванням інтраопераційних даних.

Лапароскопічні втручання виконувалися із застосуванням інструментально-апаратного комплексу обладнання виробництва компанії KARL STORZ.

Ендоскопічні маніпуляції на позапечінокових жовчних шляхах виконувалися холедохоскопом CHF-P20 (Olympus), фібродуоденоскопом TJF-30 (Olympus), адаптованого до використання з відео системою CV-140 (Olympus), під рентгенологічним контролем.

Дані, отримані в ході аналізу звітних матеріалів, піддавалися обробці із використанням пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

Результати. Обговорення

У обстеженому контингенті чоловіків було 102 (5,8%), жінок - 1661 (94,2%). Середній вік хворих склав $65,3 \pm 19,7$ років. При цьому найбільша кількість хворих 781 (44,3%) припадала на вікову групу 61-94 роки. Дещо менша кількість хворих 585 (33,2%) знаходилися у віковому діапазоні від 15 до 40 років. Найменша кількість пацієнтів ($n=397$ (22,5%)) входила у вікову групу 41-60 років.

В ургентному порядку в Центр поступили 343 (19,5%) пацієнтів, у плановому - 1420 (80,5%). При цьому в першу добу поступило найменше ургентних хворих - 62 (18,3%). На 2-5 добу від початку захворювання поступили - 162 (47,5%), а пізніше 6 доби - 119 (34,7%) пацієнтів. Щодо розподілу по роках, то у 2013 році ургентно поступило 117, у 2014 - 109, у 2015 - 117 хворих.

Із усього контингенту хворих, що проходили лікування у Центрі лапароскопічної та малоінвазивної хірургії протягом досліджуваного періоду, у 1569 (89%) пацієнтів причиною звернення була жовчокам'яна хвороба або її ускладнення. Хронічний калькульозний холецистит мав місце у 984 (62,7%) пацієнтів, гострий калькульозний холецистит - 585 (37,3%).

Щодо форм гострого калькульозного холециститу, то розподіл був наступним. У 283 (48,4%) хворих було діагностовано катаральний холецистит. Флегмонозний холецистит мав місце у 213 (36,4%) випадках. Гангренозна форма гострого холециститу спостерігалася у 89 (15,2%) випадках.

Найчастішими ускладненнями гострого холециститу були: емпієма жовчного міхура - 24,6%, водянка жовчного міхура - 16,4%, перитоніт - 13,1%, холедохолітаз - 12%, гострий панкреатит - 7,8%, механічна жовтяниця - 6%, холангіт - 3,9%, паравезикальний абсцес - 2,5%, перфорація жовчного міхура - 0,8%, міхурові-кишкова нориця - 0,5%, синдром Мірізі - 0,4%.

Згідно локального протоколу, прийнятого у Центрі лапароскопічної та малоінвазивної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, всі хворі з епізодом механічної жовтяниці у анамнезі хвороби або з наявною гіпербілірубінемією вище за 35 мкмоль/л, мають потрапляти у групу з поглибленим дослідженням жовчовивідних шляхів. Саме тому, при наявних симптомах біліарної обструкції на першому етапі показане проведення ендоскопічної черезпапілярної ревізії жовчовивідних шляхів. У випадках відсутності цих ознак - при виконанні лапароскопічної холецистектомії має бути проведена інтраопераційна холангіографія.

Аналіз лікувальної тактики наведено у таблиці 1.

Як видно із таблиці 1, всього в період з 2013 по 2015 рік в Центрі лапароскопічної та малоінвазивної хірургії було прооперовано 1763 хворих із калькульозним холециститом, ускладнений холедохолітазом.

Лапароскопічну холецистектомію було виконано 1311 (74,4%) пацієнтів. Кількість конверсій при цьому склала 5 (0,4%), при цьому більша частина їх виконувалася в 2013 році. Натомість в наступні роки, кількість їх зменшилася до однієї на рік.

Кількість лапароскопічних холецистектомій з року в рік практично не відрізнялася. Натомість загальна кількість оперативних втручань в 2015 році збільшилася, у порівнянні із попередніми роками, приблизно на 100. Частково збільшення кількості оперативних втручань в 2015 році пов'язане із збільшенням відсотку ендоскопічних втручань.

Лише ендоскопічні втручання (ендоскопічна папілосфінктеротомія та/або літоекстракція) протягом звітного періоду були виконані 138 (7,8%) пацієнтам.

Комбіновані мініінвазивне втручання (лапароскопічна холецистектомія + ендоскопічна папілосфінктеротомія + літоекстракція) були виконані 64 (3,6%) хворим.

Оперативні втручання в обсязі лапароскопічної холецистектомії було виконано 1311 (74,4%) хворим. Кількість конверсій при цьому склала 5 (0,4%).

Ускладнення оперативного лікування мали місце у 9 (0,5%) пацієнтів. В кожному випадку ускладнення були різні: кровотеча із троакарної рани (2 випадки), міграція дренажної трубки у порожнину очеревини (1 випадок),

Таблиця 1. Лікувальна тактика у пацієнтів із біліарною патологією.

	2013 рік	2014 рік	2015 рік	Всього
Прооперовано	535 (%)	564 (%)	664 (%)	1763 (100%)
Лапароскопічна холецистектомія	434 (81,1%)	438 (77,7%)	439 (66,1%)	1311 (74,4%)
Конверсії	3 (0,7%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	5 (0,4%)
Ендоскопічна папілосфінктеротомія та/або Літоекстракція	41 (7,7%)	41 (7,3%)	56 (3,9%)	138 (7,8%)
Лапароскопічна холецистектомія + Ендоскопічна папілосфінктеротомія + Літоекстракція	21 (3,9%)	21 (3,7%)	22 (3,3%)	64 (3,6%)
Ускладнення	3 (0,6%)	4 (0,7%)	2 (0,3%)	9 (0,5%)

неспроможність шва холедоха без перитоніта (1 випадок), підпечінкова гематома (1 випадок), підпечінковий абсцес (1 випадок), перфорація дванадцятипалої кишки при ендоскопічній папілосфінктеротомії (1 випадок), гостра кровотеча після ендоскопічної папілосфінктеротомії (1 випадок), неспроможність кукси додаткової міхурової протоки, ускладнена поширеним жовчним перитонітом (1 випадок).

Щодо тактики при холедохолітіазі, то вона була наступною.

Всім пацієнтам із підозрою на холедохолітіаз виконувалося ультрасонографічне дослідження. Після верифікації наявності конкрементів у позапечінкових жовчних шляхах пацієнтам виконували ендоскопічне дослідження із ретроградною холангіопанкреатикографією. Під час ендоскопічного дослідження видаляли термінально розташовані мілкі конкременти діаметром до 2 мм. У частини пацієнтів із великими конкрементами виконували їх фрагментацію механічним літотріптором та після балонної дилатації Фатерова сосочка фрагменти конкрементів видаляли корзинкою Дорміа.

У ряді випадках, коли виникали труднощі при фрагментації великого конкремента, за цей конкремент проводили стент розміром 10 Fr із наступним призначенням препаратів урсодезоксихолевої кислоти протягом 3-6 місяців для розм'якшення поверхневого його шару та полегшення подальшої фрагментації.

Частині хворих із конкрементами розмірами більше 2 мм було виконано лапароскопічну холецистектомію, доповнену супрадуоденальною холедохотомією. Через холедохотомічний отвір виконували холедохоскопію, ревізію жовчних шляхів, літоекстракцію. Оперативне втручання закінчували формуванням супрадуоденального холедоходуоденоанастомозу, а в частині випадків - ушиванням холедохотомічного отвору та зовнішнім дренажуванням за Холстедом.

Середня тривалість перебування в стаціонарі після

оперативного лікування в досліджуваному контингенті складала $3,9 \pm 0,4$ доби.

Жодного летального випадку після оперативних втручань виявлено не було.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Аналіз лікування хворих на калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітіазом, у Центрі лапароскопічної та малоінвазивної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова виявив, що холедохолітіаз є частим ускладненням калькульозного холециститу.

2. Доопераційна діагностика цієї патології залишається складною, що призводить до високого відсотку резидуального холедохолітазу. Тому, всі хворі з епізодом механічної жовтяниці у анамнезі хвороби або з наявною гіпербілірубінемією вище за 35 мкмоль/л, мають потрапляти у групу з поглибленим дослідженням жовчовивідних шляхів.

3. При наявних симптомах біліарної обструкції на першому етапі показане проведення ендоскопічної черезпапілярної ревізії жовчовивідних шляхів. У випадках відсутності цих ознак - при виконанні лапароскопічної холецистектомії має бути проведена інтраопераційна холангіографія.

4. Сучасні вимоги лікування хворого на жовчокам'яну хворобу потребують наявності у профільному відділенні інструментально-апаратного комплексу для проведення малотравматичних оперативних втручань на жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах, наявності підготовлених фахівців з досвідом роботи у лапароскопічній хірургії, ендоскопії та рентгенології.

Перспективним напрямком є розширення спектру виконуваних мініінвазивних втручань та подальше впровадження їх у роботу Центру лапароскопічної та малоінвазивної хірургії.

Список літератури

1. Миниінвазивная хирургия осложнённых форм холедохолитаза / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко [и др.] // Харківська хірург. школа. - 2013. - № 2 (59). - С. 12-17.
2. Філіппов Ю. О. Епідеміологічний аналіз поширеності та захворюваності на жовчокам'яну хворобу в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скирда // Гастроентерологія: міжвід. зб. - Д.: Інновація, 2010. - Вип. 44. - С. 3-10.
3. A novel approach for endoscopic papillary balloon dilation with the guidewire left in the pancreatic duct to ensure pancreatic stenting / K. Nakahara, C. Okuse, K. Suetani [et al.] // Hepatogastroenterology. - 2015. - № 62 (140). - С. 1027-1031.
4. A randomized, clinical trial involving different surgical methods affecting the sphincter of Oddi in patients with choledocholithiasis / Y. Yuan, J. Gao, J. Zang [et al.] // Surg Laparosc Endosc

- Percutan Tech. - 2016. - № 26(2). - C. 124-127.
5. Bile duct injury and severe bleeding after endoscopic papillary large balloon dilation without sphincterotomy : A case report / M. Okuno, S. Adachi, Y. Horibe [et al.] // Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. - 2016. - № 113 (4). - C. 672-679.
6. Chuang S. H. Laparoscopic transistulous bile duct exploration for Mirizzi syndrome type II : A simplified standardized technique / S. H. Chuang, M. C. Yeh, C. J. Chang // Surg Endosc. - 2016. - № 29. - C. 100-112.
7. Combined endoscopic and laparoscopic management of postcholecystectomy Mirizzi syndrome from a remnant cystic duct stone : Case report and review of the literature / A. Amin, Y. Zhurov, G. Ibrahim [et al.] // Case Rep. Surg. - 2016. - № 10. - C. 16-25.
8. Hoepfner L. Duplicated extrahepatic bile duct identified following cholecystectomy injury / L. Hoepfner, M. K. Sweeney, J. A. White // J. Surg. Case Rep. - 2016. - № 4. - C. 32-36.
9. How often do surgeons obtain the critical view of safety during laparoscopic cholecystectomy? / D. Stefanidis, N. Chintalapudi, B. Anderson-Montoya [et al.] // Surg Endosc. - 2016. - № 3. - C. 25-28.
10. Needle-knife papillotomy and fistulotomy improved the treatment outcome of patients with difficult biliary cannulation / Q. S. Zhang, B. Han, J. H. Xu [et al.] // Surg Endosc. - 2016. - № 29. - C. 112-116.

Петрушенко В.В., Ошовский А.И., Радёга Я.В., Ляховченко Н.А.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, В ЦЕНТРЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА ЗА 2013-2015 ГОДЫ

Резюме. На протяжении последние трёх лет в работе Центра лапароскопической и малоинвазивной хирургии Винницкой областной клинической больницы им. Н.И. Пирогова были внедрены методы коррекции патологии жёлчного пузыря и внепеченочных жёлчных путей с использованием лапароскопического инструментария и фиброволоконной эндоскопии. Целью нашего исследования было проанализировать результаты лечения пациентов с билиарной патологией в Центре лапароскопической и малоинвазивной хирургии за 2013-2015 годы. Анализ лечения пациентов с билиарной патологией продемонстрировал, что применение комбинации малоинвазивных технологий позволяет избежать расширенных травматических оперативных вмешательств на внепеченочных жёлчных путях и улучшить результаты лечения профильных больных.

Ключевые слова: жёлчнокаменная болезнь, осложнения калькулёзного холецистита, холедохолитиаз, лапароскопия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литоэкстракция.

Petrushenko V.V., Oshovskiy A.I., Radoga Ya.V., Liakhovchenko N.A.

ANALYSIS OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH CALCULOUS CHOLECYSTITIS WITH COMPLICATION OF CHOLEDOCHOLITHIASIS IN CENTRE OF LAPAROSCOPIC AND MINI-INVASIVE SURGERY OF VINNYTSIA REGIONAL CLINICAL HOSPITAL N.A. M.I. PIROGOV DURING 2013-2015 YEARS

Summary. During last three years methods of correction of gallbladder pathology and extra-hepatic biliary tract with using laparoscopic tools and fiber endoscopy were implemented into the work of Center of Laparoscopy and Mini-Invasive Surgery of Vinnytsia Regional Clinical Hospital n.a. M.I. Pirogov. The aim of our study was to analyze the results of patients' treatment with biliary pathology in the Center of Laparoscopic and Mini-Invasive Surgery in 2013-2015 years. Analysis of the treatment of patients with biliary pathology found out that using of the combination of mini-invasive technologies permits to avoid big traumatic surgeries on extra-hepatic biliary tract and to improve the results of treatment of these patients.

Key words: gallstone disease, complications of calculous cholecystitis, choledocholithiasis, laparoscopy, endoscopic papilosphincterotomy, extraction of concrement.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шапринский В.О.

Статья поступила в редакцию 08.12.2015 г.

Петрушенко Вікторія Вікторівна - д.мед.н., проф., проректор з наукової роботи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-32-16; science@vsmi.vinnica.ua

Ошовський Андрій Іванович - к.мед.н., зав. Центру лапароскопічної та малоінвазивної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова, асистент курсу "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 496-48-27; laparoscopia@gmail.com

Радёга Ярослав Володимирович - асистент курсу "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 998-95-25; radega09@mail.ru

Ляховченко Наталія Анатоліївна - аспірант кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 992-22-97; natalia.doc.87@mail.ru

© Пеев С.Б.

УДК: 616.33/34 - 001.4 - 089.

Пеев С.Б.

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины" (въезд Балакирева, 1, г. Харьков, Украина, 61018)

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Резюме. В ГУ "Институте общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины" за период с 2000 по 2015 г.г. находилось на лечении 107 пациентов с изолированной травмой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), из них 34 пациентам