

**Н.Н. Велигоцкий,
А.Н. Велигоцкий,
В.С. Страховецкий,
Д.А. Сметцов,
А.С. Чеботарёв**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
кафедра хирургии и эндоскопии
ул. Амосова, 58, Харьков, 61176, Украина
Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education
Amosova str., 58, Kharkov, 61176, Ukraine
e-mail: a.n.veligotsky@gmail.com*

Ключевые слова: неотложная хирургия, органы брюшной полости, видеолaparоскопические операции
Ключові слова: невідкладна хірургія, органи черевної порожнини, відеолaparоскопічні операції
Key words: emergency surgery, abdominal organs, video-laparoscopic surgery

Реферат. Лапароскопічні втручання в ургентній хірургії. Велигоцький М.М., Велигоцький О.М., Страховецький В.С., Сметцов Д.О., Чеботарьов О.С. У статті представлений аналіз ефективності застосування відеолaparоскопічних операцій у хворих з екстреною хірургічною патологією органів черевної порожнини на підставі досвіду виконання 5541 втручання на клінічних базах кафедри торакоабдомінальної хірургії та кафедри ендоскопії та хірургії ХМАПО. Показано переваги цих втручань порівняно з відкритими лапаротоміями, дана оцінка показань до їх виконання на сучасному етапі.

Abstract. Laparoscopic intervention in emergency surgery. Veligotskii N.N., Veligotskii A.N., Strakhovetskii V.S., Smetskov D.A., Chebotaryov A.S. The article presents the analysis of the effectiveness of video-laparoscopic operations in patients with emergency surgical pathology of the abdominal organs based on the experience of performing 5541 interventions at the clinical bases of the Department of Thoracoabdominal Surgery and the Department of Endoscopy and Surgery of the KhMAPE. The advantages of these interventions in comparison with open laparotomies are shown, the indications for their implementation at the present stage are evaluated.

По современным данным, в т.ч. материалов XXIV съезда хирургов Украины (2018), усовершенствование лечебно-диагностической тактики позволило увеличить количество ургентных видеолaparоскопических операций более чем на 40%, что способствовало снижению локальных и системных осложнений, а также летальности. Применение видеолaparоскопических технологий в настоящее время широко применяется в плановой хирургии. Некоторые операции являются «золотым стандартом» в хирургическом лечении определенных нозологических единиц. В ургентной хирургии органов брюшной полости данные технологии еще не получили такого распространения [1].

При внедрении в клиническую практику лапароскопии основным сдерживающим фактором являлась высокая стоимость лапароскопической аппаратуры и инструментария. Однако по мере накопления опыта было доказано, что затраты полностью компенсируются за счет сокращения времени пребывания больных в стационаре, снижении послеоперационных осложнений и летальности. Немаловажное значение имеют

очевидные косметические преимущества видеолaparоскопии, особенно у женщин [2].

В начальный период внедрения лапароскопии в экстренную хирургию более 70% всех операций составляли диагностические лапароскопии при аппендиците и тупой травме живота, что определяло в дальнейшем тактику и характер оперативного пособия. В настоящий момент это соотношение резко изменилось в сторону выполнения таких операций, как холецистэктомия, аппендэктомия, ушивание перфоративной язвы, адгезиолизис [3-6].

Не в каждой клинике есть возможность применения оборудования в вечернее или ночное время суток, так как большинство врачей и среднего мед. персонала в должной степени не владеют техникой лапароскопических операций, а зачастую не имеют необходимого опыта обращения с самой аппаратурой [7]. Однако миниинвазивные вмешательства, выполняемые в ургентной хирургии органов брюшной полости, в большинстве наблюдений имеют существенные преимущества перед лапаротомными операциями, а многообразие применяемых

видеолапароскопических технологий лишь подчеркивает необходимость дальнейшего анализа результатов их применения [8].

Цель исследования – изучение эффективности применения видеолапароскопических операций у больных с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период с 2009 по 2018 год на клинических базах кафедры торакоабдоминальной хирургии и кафедры эндоскопии и хирургии ХМАПО выполнено 5541 видеолапароскопическое оперативное вмешательство при ургентной патологии

органов брюшной полости (см. таблицу 1). Больные были в возрасте от 18 до 82 лет. Несмотря на довольно низкий процент лапароскопических операций – 37,4%, нужно отметить, что по мере роста опыта как технического выполнения лапароскопических вмешательств, так и приобретения современных аппаратов и инструментов, с ростом возможности проведения данных операций в ночное время, процентное соотношение открытых и лапароскопических операций постоянно увеличивалось в пользу последних с каждым годом.

Таблица 1

Количество оперативных вмешательств

Патология	Лапаротомия, n	Лапароскопия, n	Лапароскопия, %
Острый холецистит	392	3524	89,9
Острый аппендицит	1596	211	13,2
Перфоративная язва	2143	156	6,8
Острый панкреатит	1638	172	9,5
Спаечная кишечная непроходимость	1228	19	1,5
Ущемленная вентральная грыжа	1549	15	0,9
Перекрут жирового подвеса	375	7	1,8
Закрытая травма живота	216	4	1,8
Вскрытие поддиафрагмального абсцесса	58	3	5,2
Внематочная беременность	21	347	94,3
Апоплексия яичника	14	418	96,8
Перфорация матки	12	236	95,2
Перекрут придатков матки	9	275	96,8
Разрыв купола влагалища	11	154	93,3
Всего	9262	5541	37,4

156 больных оперированы лапароскопически по поводу перфоративной язвы желудка и ДПК. Размеры перфорации от 0,2 до 1,3 см, при наличии инфильтрации вокруг язвенного дефекта до 5 мм и рН больше 2,0 (при интраоперационной рН-метрии) выполнялось ушивание перфоративного отверстия двумя 8-образными швами. При размерах инфильтрата 5-10 мм выполнялось иссечение язвенного субстрата с ушиванием дефекта стенки желудка или ДПК. Предоперационно проводился строгий отбор пациентов по возрасту – не старше 60 лет. Всем больным выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с целью уточнения диагноза перфорации и локализации

язвы, поскольку для лапароскопической операции отбирались только больные с перфорацией передней стенки.

211 пациентам выполнена лапароскопическая аппендэктомия, из них 58 – по поводу острого гангренозного аппендицита, 126 – по поводу острого флегмонозного аппендицита, 21 – по поводу катаральной формы и 6 при вовлечении червеобразного отростка в очаг эндометриоза. Брыжеечные сосуды обрабатывались биполярной коагуляцией, культя отростка – лигатурным методом и лестничным клипированием с использованием биосварки. При наличии выраженного отека у основания отростка или сомнений в его

жизнеспособности, культя отростка укрывалась при помощи наложения двух Z-образных швов на купол слепой кишки. Отмечено одно осложнение в виде ранней спаечной кишечной непроходимости.

Лапароскопическая холецистэктомия выполнена 3524 пациентам. 1289 пациентов оперированы по поводу острого гангренозного холецистита, 1956 – флегмонозного и 279 – катарального холецистита. В 136 случаях выполнено наружное дренирование холедоха, ввиду подозрения на наличие холедохолитиаза. Коррекция холедохолитиаза в дальнейшем проводилась эндоскопически. В 16 случаях отмечен с-м Миризи, что потребовало дополнительного ушивания свища ДПК в 4 случаях.

По поводу острого панкреатита, осложненного ферментативным перитонитом, оперировано 172 пациента. В 25 случаях лапароскопия дополнялась холецистостомией. Выполнено 38 дренирований острых жидкостных скоплений, сформировавшихся также на фоне острого панкреатита.

19 операций выполнено по поводу спаечной кишечной непроходимости: 13 случаев – спаечный процесс подвздошной кишки после перенесенной аппендэктомии, 1 случай – причиной непроходимости явился спаечный процесс в области сетчатого трансплантата с вовлечением петли тонкой кишки и формированием «двустволки», 5 случаев – странгуляционная непроходимость у женщин - через сформировавшуюся шварту между маточной трубой и передней брюшной стенкой была «переброшена» петля тонкой кишки.

7 операций выполнено по поводу перекрута жирового подвеска толстой кишки, 3 – по поводу некроза жирового подвеска в области илеоцекального угла и 4 – по поводу перекрута пряди большого сальника. Во всех случаях клиническая картина напоминала острый аппендицит. Во время операции некротические ткани удалены, больные выздоровели.

В 4 случаях больные оперированы по поводу закрытой травмы живота с разрывом печени и внутрибрюшным кровотечением. Выполнена лапароскопия, учитывая небольшую глубину разрывов, операции закончены гемостазом с санацией и дренированием брюшной полости.

Пациентки с диагнозом внематочная беременность, апоплексия яичника, перфорация матки после выскабливания, перекут придатков матки, разрыв купола влагалища с эвентерацией кишечника оперировались лапароскопическим доступом вне зависимости от локализации и степени кровопотери.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выполнение лапароскопических операций в ургентных условиях, несмотря на неподготовленность пациентов, фактически по послеоперационным осложнениям не отличалось от плановых лапароскопических оперативных вмешательств.

Так, средний койко-день у больных после холецистэктомии даже при гангренозных и флегмонозных формах не превышал 4,5. Однако количество конверсий при ургентных холецистэктомиях остается высоким у больных с инфильтратами в области шейки.

Аналогичный средний койко-день наблюдался у больных с перфоративной язвой и фактически с отсутствием послеоперационных осложнений благодаря строгому отбору пациентов.

У больных с острым ферментативным панкреатитом после лапароскопического дренирования средний койко-день составил 7,5.

У остальных пациентов после ургентных лапароскопических вмешательств койко-день не превышал 3-х суток.

Выполнение операции лапароскопическим доступом при внематочной беременности и апоплексии яичника практически полностью исключает послеоперационный спаечный процесс в малом тазу и препятствует развитию трубно-перитонеального бесплодия у пациентки. Койко-день при данной патологии 1-2 суток, в то время как при использовании лапаротомного доступа он удлиняется до 7-10 суток.

Перфорация матки после выскабливания, как правило, является показанием для экстренного хирургического вмешательства с целью гемостаза. В 95% случаев по стране используется лапаротомный доступ, что в последствии приводит к формированию множественных плоскостных сращений в малом тазу, являющихся причиной трубно-перитонеального бесплодия и зачастую является причиной эктопической беременности в перспективе. Предпочтительным является лапароскопический доступ, который исключает вышеперечисленные осложнения, и при соблюдении правил наложения эндошвов не препятствует реализации репродуктивной функции. На базах кафедры вышеуказанная проблема решается лапароскопическим доступом – койко-день одни сутки.

Перекут придатков матки – патология, также требующая немедленного хирургического вмешательства. Особенное значение эндоскопический доступ имеет при наличии клиники острой хирургической патологии справа, зачастую

вызывающей сложности при дифференциальной диагностике острой гинекологической и хирургической патологии. Диагностическая лапароскопия при данной патологии позволяет установить точный диагноз и выполнить необходимый объем вмешательства. К сожалению, на сегодняшний день в основной массе лечебных учреждений вышеуказанная проблема решается лапаротомным доступом. Опыт кафедры при выполнении операции лапароскопическим доступом практически в 100% случаев позволяет сократить койко-день пациентки до одних, максимум двух суток, в 65% случаев – сохранить перекрученные придатки и не нарушить репродуктивную функцию женщины.

Разрыв купола влагалища с эвентерацией петель кишки через влагалище является угрожающей патологией, требующей немедленного хирургического вмешательства. Основным доступом для решения данной патологии является нижнесрединная лапаротомия с целью выведения петель кишки из влагалища и ревизии органов брюшной полости, ушивания купола влагалища. На базах кафедры данная проблема решается исключительно эндоскопическим

доступом, который позволяет выполнить все необходимые этапы и практически в 100% случаев выписать пациентку на следующие сутки после вмешательства. В то время, как классическое ведение пациентки потребует порядка 10 койко-дней пребывания в стационаре.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение видеолaparоскопических операций в ургентной хирургии органов брюшной полости позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, летальность, значительно сократить койко-день.

2. Применение видеолaparоскопических технологий в неотложной хирургии позволяет использовать принципы «fast track» хирургии у ургентных пациентов, что в современных условиях имеет важное значение как в социальном, так и экономическом смысле.

3. Для расширения возможностей ургентных хирургов овладения навыками видеолaparоскопических технологий необходимо внедрять современные эффективные методы обучения с помощью компьютерных симуляций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Місце лапароскопічних операцій в ургентній абдомінальній хірургії / М.І. Тутченко, О.А. Ткаченко, Б.І. Слонецький, Г.Г. Рошчін [та ін.]: матер. XXIV з'їзду України. // Клін. хір. (спец. вип.). – 2018. – С. 308-309.

2. Современные аспекты хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с учетом степени тяжести перитонита / Ю.В. Товбин, И.Н. Ангеловский, В.В. Солдусова, Ю.Л. Писаренко [и др.]: матер. XXIV з'їзду України // Клін. хір. (спец. вип.). – 2018. – С. 307-308.

3. Сивожелізов А.В. Відеолaparоскопія в лікуванні гострого апендициту при ретроперитонеальному розташуванні червоподібного відростка / А.В. Сивожелізов, Д.О. Сметков, П.В. Свірепо: матер. XXIV з'їзду України // Клін. хір. (спец. вип.). – 2018. – С. 306-307.

4. Кудрявцев А.В. Результати лапароскопічної герніопластики у хворих на защемлену пахову грижу / А.В. Кудрявцев: матер. XIXV з'їзду України // Клін. хір. (спец. вип.). – 2018. – С. 297-298.

5. Особливості лапароскопічної холецистектомії при гострому холециститі / А.В. Кебало, З.З. Парацій, Ю.Б. Мінін, Б.Г. Бондарчук: матер. XXIV з'їзду України // Клін. хір. (спец. вип.). – 2018. – С. 295-296.

6. Сучасні принципи хірургічного лікування гострого апендициту / Р.О. Балацький, С.І. Саволук, В.М. Лисенко, В.І. Зубаль [та ін.]: матер. XXIV з'їзду України // Клін. хір. (спец. вип.). – 2018. – С. 277-278.

7. Ендовідеоскопічні технології лікування гострого інфікованого некротичного панкреатиту / В.І. Дронов, І.А. Ковальська, А.І. Горлач, К.С. Бурміч [та ін.]: матер. XXIV з'їзду України // Клін. хір. (спец. вип.). – 2018. – С. 182-183.

8. Cost-minimization analysis in a blind randomized trial on small-incision versus laparoscopic cholecystectomy from a societal perspective: sick leave outweighs efforts in hospital savings / Keus F. et al. // *Trials*. – 2009. – Vol. 10, N 80. – P. 80. [Electronic resource]. url: <http://www.trialsjournal.com/content/10/1/80> [12 May 2012].

REFERENCES

1. Tutchenko MI, Tkachenko OA, Slonetsky BI, Roshchin GG, Schur IV, Verbitsky IV. [Role of laparoscopic operations in the emergency abdominal surgery]. Materials of the XXIV century from Ukraine. *Klin. khirurgiia*. 2018;308-9. Ukrainian.

2. Tovbin YuV, Angelovsky IN, Soldusova VV, Pisarenko YuL, Moseyko TA, Zherdev AA. [Modern aspects of surgical treatment of perforated duodenal ulcers, taking into account the severity of peritonitis]. Materials

of the XXIV century from Ukraine. *Klin. khirurgiia*. 2018;307-8. Russian.

3. Sivozhelizov AV, Smetskov DO, Shine PV. [Video-laparoscopy in the treatment of acute appendicitis with retroperitoneal arrangement of the appendix]. *Materials of the XXIVth century from Ukraine. Klin. khirurgiia*. 2018;306-7. Ukrainian.

4. Kudryavtsev AV. [Results of laparoscopic hernioplasty in the patients with of the inguinal groin]. *Materials of the 19th century from Ukraine. Klin. khirurgiia*. 2018;297-8. Ukrainian.

5. Kebkalo AV, Paratsiy ZZ, Minin YuB, Bondarchuk BG. [Peculiarities of laparoscopic cholecystectomy in patients with cholecystitis]. *Klin. khirurgiia*. 2018;295-6. Ukrainian.

6. Balatsky RO, Savolyuk SI, Lysenko VM, Zubal VI, Krestyanov MYu. [Modern principles of surgical treatment of appendicitis]. *Materials of the XXIV century from Ukraine. Klin. khirurgiia*. 2018;277-8. Ukrainian.

7. Dronov VI, Kovalska IA, Gorlach AI, Burmich KS, Zadorozhnyia KO. [Endovideoscopic technologies of treatment of acute infectious]. *Materials of the XXIV from Ukraine. Klin. khirurgiia*. 2018;182-3. Ukrainian.

8. Keus F, et al. Cost-minimization analysis in a blind randomized trial on small-incision versus laparoscopic cholecystectomy from a societal perspective: sick leave outweighs efforts in hospital savings; 2009. Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/10/1/80>.



УДК 616.33+616.329]+[616.342+616.33]:616.34-008.1-06:616.342-002
[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4\(part1\).145659](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4(part1).145659)

Н.Н. Велигоцкий¹,
В.В. Комарчук¹,
Е.В. Комарчук¹,
И.В. Тесленко¹,
А.С. Чеботарев²

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО И ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*¹
ул. Амосова, 58, Харьков, 61176, Украина

*Харьковская городская клиническая больница скорой неотложной медицинской помощи им. проф.
А.И. Мещанинова*²,

пер. Балакирева, 3А, Харьков, 61000, Украина

*Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education*¹

Amosova str., 58, Kharkov, 61176, Ukraine

email: office@med.edu.ua

*Kharkiv city clinical hospital of emergency medical care*²
lane of Balakirev 3A, Kharkov, 61000, Ukraine

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, рН-мониторинг, импеданс-рН-мониторинг, гастроэзофагеальный рефлюкс

Ключові слова: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, рН-моніторинг, імпеданс-рН-моніторинг, гастроэзофагеальный рефлюкс

Key words: duodenal ulcer, pH monitoring, impedance-pH monitoring, gastroesophageal reflux disease

Реферат. Особливості діагностики гастроэзофагеального і дуоденогастрального рефлюксів у хворих з ускладненими формами виразкової хвороби. Велигоцький М.М., Комарчук В.В., Комарчук Є.В., Тесленко І.В., Чеботарев .С. Мета роботи – поліпити результати оперативного лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки за рахунок доопераційної діагностики супутнього рефлюксу і його корекції. До операції 46 хворим з ускладненими формами виразкової хвороби виконаний рН-моніторинг та 23 – імпеданс-