

У 3 хворих відмічений біль у животі; у 2 на рентгенограмі виявлені чаші Клойбера, у 4 - клінічні та лабораторні ознаки інтоксикації, у 2 - розлади водно-електролітного обміну.

Пробне лікування складалося з введення хворому протягом 2 годин: сифонної водно-масляної клізми (тричі); спазмолітичних препаратів (двічі); внутрішньовенно 1000 мл кристалоїдного ізотонічного розчину (включаючи КСІ за відсутності гіперкаліємії), та 500 мл - колоїдного; за стабільної гемодинаміки - 1000 мг лідокаїну через введений у перидуральний простір на рівні Th9-10 катетер.

Ознаками неефективності консервативного лікування вважали: неотримання кишкового вмісту, тривання здуття живота, болю після проведення консервативної терапії.

Після визнання консервативного лікування неефективним здійснювали двоментне діатермічне бужування пухлини вздовж осі кишки за допомогою апарата власної конструкції. Проводили через центр пухлини та фіксували у просвіті кишки металічний направляючий стрижень 3 мм в діаметрі. За стрижнем під тиском повільно проводили через пухлину другий коагулюючий стрижень з нагрівальним елементом на кінці, діаметром 15 мм, до появи відчуття провалу поза пухлиною. Проведення обох стрижнів контролювали сонографічно та рентгеноскопично.

Після видалення коагулюючого стрижня у просвіт пухлини за допомогою направляючого стрижня вводили розроблений сітковий металевий стент з діаметром просвіту 25 мм з приєднаними електродами, після чого направляючий стрижень видаляли.

У 1 хворого, якому здійснювалося симптоматичне лікування, через 14 днів після встановлення стенту виконали повторну коагуляцію пухлини шляхом приєднання електродів до коагулятора "Vipolar", що поліпшило прохідність кишки.

У всіх спостереженнях після застосування бужування пухлини з її подальшим стентуванням відновлено прохідність кишки, протягом 1-3 діб ліквідований колостаз, що дозволило у 4 спостереженнях здійснити видалення пухлини (2 черевно-анальні резекції з первинним анастомозом, 2 черевно-промежинні екстирпації), в одному - продовжити симптоматичне лікування неоперабельної пухлини без виведення колостоми. Післяопераційної летальності не було. Форма просвіту зберігалася протягом всього часу перебування стента в кишці внаслідок як пружних властивостей стента, так і додаткової коагуляції країв пухлини.

#### **Висновки**

Застосування запропонованого малоінвазивного способу ліквідації гострої товстокишкової пухлинної непрохідності дозволяє розширити та зберегти розширеним просвіт кишки, звужений пухлиною, що достатньо для ліквідації непрохідності.

УДК 617:616-036.11]-089.819.7

**Ф. В. Гринчук, І. Ю. Полянський**, Буковинська державна медична академія

## **Лапароскопічні оперативні втручання при гострих хірургічних захворюваннях у пацієнтів із супутньою патологією**

Гострі хірургічні захворювання органів (ГХЗ) черевної порожнини одна з найактуальніших проблем абдомінальної хірургії. Це зумовлено тим, що, не дивлячись на суттєві досягнення в їх діагностиці, оперативному та післяопераційному лікуванні, летальність при цих захворюваннях залишається на високому рівні [1,3]. В останні роки змінився перебіг ГХЗ, зросла частота різних ускладнень. Однією з причин цього є те, що ГХЗ все частіше виникають на тлі супутніх хронічних захворювань (СХЗ) [2, 3, 4]. Це зумовлює необхідність пошуку нових тактичних та технічних прийомів, які би дозволили поліпшити результати лікування таких хворих.

Нами узагальнено досвід використання діагностичних та лікувальних відеолапароскопічних втручань (ВЛВ). Діагностичні ВЛВ застосовані у 27 пацієнтів із підозрінням на ГХЗ та травматичні пошкодження органів живота. Прооперовано 151 хворого на гострий калькульозний холецистит (ГКХ). СХЗ діагностовані у 72 хворих. У 23 пацієнтів діагностовано 2 і більше супутніх захворювання.

Показанням до застосування діагностичних ВЛВ було підозріння на наявність деструктивного процесу в очеревинній порожнині або пошкодження органів живота. Такі втручання дали змогу провести детальну ревізію черевної порожнини, вірогідно діагностувати або виключити хірургічну патологію. Характерно, що у пацієнтів із СХЗ тільки ВЛВ дозволило встановити остаточний діагноз та у низці випадків уникнути необґрунтованих лапаротомій. У таких хворих ми спостерігали невідповідність клініко-лабораторних параметрів наявним морфологічним змінам у черевній порожнині. Зокрема, в кількох випадках перитоніт діагностувався лише після візуалізації. У однієї пацієнтки виявлений перекрут жирового придатка товстої кишки, який був видалений. У 5 хворих клініку ГХЗ симулював цироз печінки з асцитом, їм виконано евакуацію асцитичної рідини та оментогепатопексію.

У одному випадку виконана апендектомія з приводу флегмонозного апендициту. При цьому звернуло на себе увагу, що клінічних проявів деструктивного процесу у хворого не було.

У 2 пацієнтів зупинена кровотеча із дрібних брижових вен. У одному випадку виявлений розрив селезінки та гемоперитонеум, який не діагностувався при лапароцентезі із застосуванням пошукового катетера. У 4 пацієнток з підозрінням на гострий апендицит виявлена гінекологічна патологія. Трьом пацієнтам із перфоративними виразками ВЛВ дозволило вчасно виконати оперативні втручання. У 3 хворих ВЛВ використані для видалення кистозних утворень печінки та серпоподібної зв'язки.

Ми розширили показання до використання ВЛВ при ГКХ. Операції виконуємо пацієнтам із ожирінням І-ІІ ст., а також тим, які раніше перенесли оперативні втручання на органах живота. Нами удосконалена техніка лапароскопічної холецистектомії, що дозволяє виконувати операції навіть при утрудненій візуалізації структур шийки міхура та гепатодуоденальної зв'язки. Зважаючи на те, що малоінвазивні оперативні втручання дають змогу забезпечити радикальність при меншій травматичності, вважаємо за необхідне ширше ставити показання до використання таких втручань у хворих в ургентному порядку. Обстеження таких хворих проводимо в стислі терміни і паралельно з консервативними заходами. Протипоказаннями до ВЛВ при ГКХ вважаємо наявність механічної жовтяниці за рахунок холедохолітазу, явища деструктивного холецистопанкреатиту, розлитого перитоніту.

Лікувальну тактику плануємо залежно від форми ГКХ, характеру супутньої патології, ефективності консервативних заходів. При відсутності ефекту від останніх ВЛВ проводимо через 18-24 год з часу поступлення хворих у стаціонар. При досягненні позитивного ефекту втручання виконуємо або на 5-7 добу після поступлення хворого у стаціонар, або в плановому порядку - через 1-3 місяці після виписки хворого із стаціонару. При наявності декомпенсованих СХЗ операції проводимо після корекції останніх.

Обґрунтуванням для такої тактики служили результати ВЛВ на початкових етапах використання методики. У хворих, які оперувались на 3-5 добу з часу поступлення у стаціонар, виражений набряк тканин, утруднення ідентифікації та виділення анатомічних структур призводили до переходу на лапаротомію.

Аналіз результатів лікування свідчить, що застосування ВЛВ у пацієнтів із СХЗ супроводжується більш сприятливим післяопераційним перебігом. За рахунок мінімальної інтраопераційної травматизації органів і тканин та скорочення часу втручання зменшується вплив несприятливих факторів операції на функцію скомпрометованих органів. Це сприяє зменшенню кількості місцевих та загальних ускладнень, скороченню термінів лікування, періоду реабілітації та, відповідно, витрат.

Проведений аналіз свідчить про доцільність ширшого використання ВЛВ як з діагностичною, так і з лікувальною метою у пацієнтів із СХЗ.

**Висновки**

1. Використання діагностичних ВЛВ у хворих в СХЗ дозволяє більш вірогідно верифікувати наявність та характер ГХЗ, глибину морфо-функціональних змін, проводити корекцію деяких супутніх захворювань.
2. Розширення показань до ВЛВ у хворих на ГКХ можливе за рахунок удосконалення техніки операції.
4. При застосуванні ВЛВ у пацієнтів із СХЗ зменшується кількість місцевих та загальних післяопераційних ускладнень, скорочуються терміни лікування, період реабілітації та, відповідно, витрати.

**Література**

1. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости.- Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2000.- 688 с.
2. Павловський М.П., Орел Г.Л., Шахова Т.І. та ін. Невідкладні релапаротомії при гнійно-септичних ускладненнях операцій на органах черевної порожнини // Гнойно-септические осложнения в неотложной хирургии: Тез. докл. науч.-практ. конф. хирургов Украины.- Харьков, 1995.-С. 76-77.
3. Gobbi S., Sarli L., Violi V., Roncoroni L. Laparoscopically assisted treatment of acute abdomen in systemic lupus erythematosus // Surg. Endosc. - 2000. - V. 14, № 11.- P. 1085-1086.
4. Zielke A., Sitter H., Rampp T. A. Validation of a diagnostic scoring system (Ohmann score) in acute appendicitis // Chirurg.-1999. - V. 70, № 7. - P. 777-783.