



# ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 1-2 (118-119) 2023

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.  
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 20183-9983П  
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою

ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»  
(Протокол № 05 від 05.02.2023 р.)

Редактор  
Н. В. Карпенко  
Коректор  
К. І. Кушнарьова

Підписано до друку 20.02.2023 р.  
Формат 60×84 1/8.  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 10,23.  
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:  
61018, м. Харків,  
в'їзд Балакірева, 1.  
Тел.: (057) 715-33-48  
349-41-39  
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»  
61072, м. Харків,  
вул. Дерев'янка, 16, к. 83  
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2023

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ

Заступники головного редактора

П. М. Замятін, док. мед. наук, професор  
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор  
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор  
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор  
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент  
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор  
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор  
Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка  
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор  
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка  
О. В. Кравцов, док. медичних наук  
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор  
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор  
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор  
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор  
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор  
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор  
С. О. Савві, док. мед. наук, професор  
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор  
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор

## ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece  
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),  
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),  
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU  
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)  
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)  
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)  
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)  
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU  
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України  
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України  
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка член-кор. НАМН України  
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU  
А. К. Флорікян, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)  
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андрєщев, канд. мед., доцент (Київ, Україна),  
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)  
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. І. Сипітий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



## Зміст

## Contents

### ЗАГАЛЬНА ТА НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ

### GENERAL AND EMERGENCY SURGERY

Патогенетична класифікація холангіту . . . . . 6 <i>В. В. Бойко, В. П. Польовий, Р. М. Смачило, О. В. Малоштан, А. О. Неклюдов, М. О. Кльосова, М. С. Черняєв, В. Ф. Омельченко, О. В. Волченко, Д. С. Козлов, Ю. О. Фусс</i>	Pathogenetic classification of cholangitis . . . . . 6 <i>V. V. Boyko, V. P. Poljovyi, R. M. Smachilo, A. V. Maloshtan, A. A. Neklyudov, M. O. Klyosova, M. S. Chernyaev, V. F. Omelchenko, O. V. Volchenko, D. S. Kozlov, Yu. O. Fuss</i>
Lichtenstein, tapp і тер: порівняльна оцінка інтенсивності післяопераційного болю . . . . . 11 <i>І. І. Булик, В. П. Шкарбані, С. М. Василюк, А. І. Гуцуляк, В. І. Гудивок, В. С. Осадець, В. В. Іванина</i>	Lichtenstein, tapp, and tep: comparative assessment of postoperative pain intensity . . . . . 11 <i>I. I. Bulyk, V. P. Shkaraban, S. M. Vasyliuk, S. M. Huculiak, V. S. Hudyvok, V. S. Osadets, V. V. Ivanyna</i>
Відеолапароскопічні діагностичні втручання в оптимізації хірургічної тактики у хворих на невідкладну хірургічну абдомінальну патологію . . . . . 15 <i>О. В. Капшитар, О. О. Капшитар, А. В. Бачурін</i>	Videolaparoscopic diagnostic interventions in the optimization of surgical tactics in patients with urgent surgical abdominal pathology . . . . . 15 <i>O. V. Kapshitar, O. O. Kapshitar, A. V. Bachurin</i>
Оптимізація хірургічного лікування хворих з діастазом прямих м'язів живота . . . . . 20 <i>К. Л. Гафт, В. В. Цілюрик</i>	Optimization of surgical treatment of patients with rectus abdominis diastasis. . . . . 20 <i>K. L. Gaft, v. V. Tsiliurik</i>
Застосування транскутанних пункційно-дренуючих втручань під контролем ультрасонографії при лікуванні хворих із кістозними утвореннями підшлункової залози . . . . . 25 <i>А. С. Гончаров</i>	The using of transcutaneous puncture and drainage interventions under ultrasonography control in the treatment of patients with pancreatic cystic lesions . . . . . 25 <i>A. S. Honcharov</i>
Оцінка патоморфологічних змін тканини підшлункової залози у хворих на хронічний панкреатит . . . . . 29 <i>О. Є. Каніковський, І. В. Павлик, Ю. А. Пунько, І. В. Олійник</i>	Evaluation of pathomorphological changes of pancreatic tissue in patients with chronic pancreatitis . . . . . 29 <i>O. E. Kanikovskiy, I. V. Pavlyk, Yu. A. Panko, I. V. Oliinyk</i>
Інструментальна діагностика інфікованих форм панкреонекрозу . . . . . 34 <i>А. О. Меркулов, О. М. Шевченко, І. А. Кулик, Є. О. Білодід</i>	Instrumental diagnosis of infected forms of pancreatic necrosis . . . . . 34 <i>A. O. Merkulov, O. M. Shevchenko, I. A. Kulyk, E. O. Bilodid</i>
Оцінка ефективності пункційних втручань у хворих з септичними ускладненнями гострого панкреатиту . . . . . 38 <i>В. В. Бойко, А. О. Меркулов, О. М. Шевченко, С. В. Ткач, Є. О. Білодід, І. А. Кулик</i>	Assessment of the effectiveness of puncture interventions in patients with septic complications of acute pancreatitis. . . . . 38 <i>V. V. Boyko, A. O. Merkulov, J. M. Shevchenko, S. V. Tkach, Ye. O. Bilodid, I. A. Kulik</i>



О. В. Капшитар,  
О. О. Капшитар,  
А. В. Бачурін

Запорізький державний  
медико-фармацевтичний  
університет, м. Запоріжжя

© Колектив авторів

## ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНІ ДІАГНОСТИЧНІ ВТРУЧАННЯ В ОПТИМІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА НЕВІДКЛАДНУ ХІРУРГІЧНУ АБДОМІНАЛЬНУ ПАТОЛОГІЮ

**Реферат.** *Мета дослідження.* Вивчення можливостей відеолапароскопії (ВЛС) у діагностиці невідкладної абдомінальної хірургічної патології для оптимізації хірургічної тактики.

*Матеріал і методи.* ВЛС виконана у 55 хворих з невідкладною абдомінальною хірургічною патологією з неясним діагнозом

*Результати досліджень та їх обговорення.* Встановлені нозологічні форми невідкладної абдомінальної хірургічної патології, ускладнені у 87,3 % пацієнтів (перитоніт, апендикулярний інфільтрат або абсцес, гостра спайкова непрохідність тонкої кишки, гемоперитонеум). Оптимізована хірургічна тактика, розділивши хворих на 2 групи. Групі А — 58,2 % хворих надали перевагу та виконали різноманітні відеолапароскопічні операції (ВЛСО) без ускладнень. Померли 6,2 % пацієнтів. У групу В включили 41,8 % хворих, яким виконали конверсію (за неможливості з патоморфологічних причин закінчити ВЛСО — тяжкі гнійні процеси з гнійними ускладненнями, за давності кишкова непрохідність, необхідність назоінтестинальної інкубації тонкої кишки). Ускладнення виникли у 30,4 % пацієнтів. Померли 8,7 % хворих.

*Висновки.* Точна ВЛС діагностика невідкладної абдомінальної хірургічної патології дозволила оптимізувати хірургічну тактику і встановити переваги малотравматичних ВЛСО над традиційними.

**Ключові слова:** *гостра хірургічна абдомінальна патологія, ендоскопія, діагностика, хірургічне лікування.*

### Вступ

Своєчасна діагностика невідкладної хірургічної абдомінальної патології у частини хворих є вельми важкою [1, 2]. На жаль, в літературі ще зустрічаються випадки, коли небезпечним є виконання марної лапаротомії, яка значно обтяжує стан пацієнта та погіршує прогноз [2, 3]. Це спонукає до затримки патогенетичного лікування, запізненої операції, а у післяопераційному періоді різко зростають відсотки ускладнень, витрати на лікування, середній ліжко/день, летальні наслідки [2, 4]. З метою покращення ситуації в економічно розвинутих країнах перевагу у діагностиці надають неінвазивним методам (ультразвукове дослідження, ядерно-магнітний резонанс, комп'ютерна томографія, сцинтиграфія, ангиографія та ін.) [4]. Діагностичну відеолапароскопію (ДВЛС), як доповнення, виконують на завершальному етапі [4]. Втім сучасні неінвазивні методи для більшості лікувальних закладів не доступні [2, 4]. І в цих умовах ДВЛС є гарною альтернативою [4]. Доведено, що вона малоінвазивна, дозволяє не застосовувати небезпечне динамічне спостереження за хворими, своєчасно та надій-

но виключити або діагностувати невідкладну хірургічну абдомінальну патологію, ускладнення, обрати оптимальну хірургічну тактику (патогенетична консервативна терапія, малотравматична відеолапароскопічна операція, традиційна операція травматичним лапаротомним доступом) [1, 2, 5-9, 10]. Перевага надається малоінвазивним відеолапароскопічним операціям при гострому апендициті, холециститі, панкреатиті, перфоративній гастродуоденальній виразці, гострій спайковій непрохідності тонкої кишки, защемленій грижі, ушкодженням абдомінальних органів та ін. [1, 3, 5-9].

Автори засвідчують, що як ДВЛС так і відеолапароскопічні операції є малоінвазивні, легко протікає післяопераційний період, знижені післяопераційні ускладнення, матеріальні витрати, скорочені терміни лікування у хірургічній клініці та період реабілітації, мінімізована летальність [1-10].

### Мета досліджень

Вивчити можливості відеолапароскопії у діагностиці невідкладної абдомінальної хірургічної патології та оптимізувати хірургічну тактику.



### Матеріал і методи

За 2022 рік у хірургічному відділенні з Центром шлунково-кишкових кровотеч КНП «Міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги», бази кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти, у 787 хворих виконані оперативні втручання з приводу невідкладної абдомінальної хірургічної патології.

Із усіх прооперованих пацієнтів у 55 (7 %) хворих не зважаючи на клінічне обстеження та отримані дані таких додаткових методів дослідження як загальний аналіз крові та сечі, біохімічних показників, коагулограми, променевих методів (оглядова рентгенографія грудної та черевної порожнин, проба Шварца, УЗД, КТ), ендоскопічних (фіброезофагогастродуоденоскопія, ректороманоскопія, колоноскопія), ЕКГ остаточний діагноз залишався неясним або помилковим, не зважаючи навіть на те, що у ряду пацієнтів використали короткочасне динамічне спостереження та аналіз повторних, вище вказаних, додаткових методів обстеження. За необхідності, проведені консультації суміжних спеціалістів (терапевта, кардіолога, уролога, гінеколога, невропатолога та інших). Чоловіків було 22 (40 %), жінок — 33 (60 %) у віці від 22 до 86 років. Різноманітними, як правило багатокomпонентними, супутніми захворюваннями, основними з яких була ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ожиріння, хронічне обструктивне захворювання легенів, хронічний коліт та пієлонефрит страждали 49 (89,1 %) хворих. Більш обтяжливими для прогнозу були також 9 (18,4 %) пацієнтів, що перенесли гострий інфаркт міокарду та 7 (14,3 %) — гострий ішемічний інсульт з залишковими явищами. Раніше, в терміни 2-64 роки поспіль, різні хірургічні втручання на органах черевної порожнини, малого тазу та передній черевній стінці, перенесли 19 (34,5 %) хворих. З огляду на вище вказане не можливим також був і оптимальний вибір лікувальної та хірургічної тактики. Тому нами в усіх 55 пацієнтів була виконана малотравматична відеолапароскопія на ендоскопічному хірургічному комплексі фірми Richard Wolf (Німеччина).

### Результати досліджень та їх обговорення

За результатами комплексного обстеження до ВЛС були виставлені самі різноманітні діагнози (таблиця).

Наведені дані в таблиці свідчать, що найчастішими серед встановлених до ВЛС діагнозів був гострий апендицит у 20 (36,7 %) хворих та інфікований панкреонекроз — у 7 (12,7 %). Інші діагнози зустрічалися не так часто і серед них гостра кишкова непрохідність виставлена у 4 (7,3 %) пацієнтів, гостра кишкова кровотеча —

у 3 (5,5 %), гостре порушення мезентеріального кровообігу — у 3 (5,5 %), гострий холецистит — у 2 (3,6 %), дивертикулярна хвороба ободової кишки, перфорація дивертикула — у 1 (1,8 %), рак шлунку, перфорація — у 1 (1,8 %), перитоніт — у 9 (16,4 %), закрита травма живота, ушкодження органів? — у 4 (7,3 %).

У процесі ВЛС усім хворим встановлений топічний діагноз, а у 48 (87,3 %) — різноманітні ускладнення. Серед них перитоніт (абсцес — 13, інфільтрат-3) мав місце у 32 (66,7 %) пацієнтів, абсцес — у 3 (6,3 %) та інфільтрат — у 2 (4,2 %), кишкова непрохідність — у 5 (10,4 %), кишкова кровотеча — у 3 (6,3 %), гемоперитонеум — у 3 (6,3 %). Ускладнення патології були відсутні у 7 (12,7 %) хворих.

На основі отриманих даних під час ВЛС була оптимізована подальша хірургічна тактика. Ми, як і інші автори, являємося прихильниками мінімізації впливу хірургічної та анестезіологічної агресії, тому перевагу віддаємо відеолапароскопічній технології. Виходячи зі сказаного ми в подальшому пацієнтів розділили на дві групи.

Групу А (n=32 (58,2 %)) склали хворі, яким були виконані мало травматичні лікувальні відеолапароскопічні хірургічні втручання. Відеолапароскопічну апаратну резекцію сигмовидної ободової кишки, десцендо-ректоанастомоз апаратним способом виконали у 6 (18,8 %) пацієнтів (рак сигмовидної кишки, гостра кишкова непрохідність — 3 та кровотеча — 2, рак прямої кишки, кровотеча — 1), розсічення спайкового штангу з ліквідацією гострої спайкової непрохідності тонкої кишки — у 3 (9,4 %), екстирпацію жирового привіска сигмовидної кишки (холецистектомія-1, пластика гризових воріт при пупковій грижі-1) — у 3 (9,4 %), коагуляцію розриву S5-6 печінки — у 2 (6,3 %), енуклеацію кістки правого яєчника — у 1 (3,1 %). Втім більшості, 17 (53,1 %) хворих, при ВЛС виконували санацію та направлене дренування черевної порожнини та малого тазу (стерильний панкреонекроз, ферментативний перитоніт — 5, гостре порушення мезентеріального кровообігу — 4, цироз печінки, асцит-перитоніт — 3, дивертикуліт сигми — 1, термінальний ілеїт — 1, рак шлунку — 1, двухсторонній сальпінгіт — 1, ЗТЖ без ушкодження органів — 1). Післяопераційних ускладнень не спостерігали. Середній ліжко/день склав 6,2. Померли 3 (9,4 %) пацієнтів за наявності ГПМК (стадія інфаркта — 2, розлитого гнійного перитоніту — 1).

У групу В (n=23 (41,8 %)) включили хворих, яким вимушено виконана конверсія. При гострому гангренозному апендициті, ускладненому перфорацією, абсцесом, що спонтанно розкрився у черевну порожнину, гнійно-фібринозним перитонітом у 7 (30,4 %) пацієнтів





Таблиця

## Результати діагностичних відеолапароскопічних втручань

Діагноз до ВЛС	Число пацієнтів		Діагноз після ВЛС	Число пацієнтів	
	абс.	%		абс.	%
Інфікований панкреонекроз?	7	12,7	Інфікований панкреонекроз. Паралапанкреатичний абсцес. Розлитий гнійний перитоніт	7	12,7
Гострий апендицит	5	9,1	Стерильний панкреонекроз. Розлитий ферментативний перитоніт	5	9,1
Гостра кишкова кровотеча	3	5,5	Рак сигми. Гостра кишкова кровотеча	3	5,5
ГПМК	3	5,5	Рак сигми. Гостра кишкова непрохідність	3	5,5
Перитоніт	2	3,6	Рак сліпої кишки. Гостра кишкова непрохідність	2	3,6
Гострий апендицит? (перитоніт-1)	7	12,7	Гострий апендицит. Абсцес, що розкрився у черевну порожнину. Дифузний гнійний перитоніт-4, розлитий-2.	6	10,9
			Гострий апендицит. Абсцес	1	1,8
Гостра кишкова непрохідність	4	7,3	Гостра спайкова непрохідність тонкої кишки. Серозний перитоніт	4	7,3
Перитоніт	4	7,3	ГПМК (стадія ішемії-1, інфаркта-2, перитоніта-1).	4	7,3
Гострий апендицит	2	3,6	Некроз жирового привіска сигми	2	3,6
Гострий холецистит	1	1,8	Заворот жирового привіска сигми. Гострий катаральний холецистит	1	1,8
Гострий апендицит	3	5,5	Цироз печінки. Асцит-перитоніт	3	5,5
Гострий холецистит?	2	3,6	Гострий судинний гангренозний холецистит. Навколміхуровий абсцес	2	3,6
Дивертикулярна хвороба ободової кишки. Перфорація дивертикула?	1	1,8	Дивертикулярна хвороба ободової кишки. Перфорація дивертикула сигми. Інфільтрат. Дифузний серозний перитоніт	1	1,8
Гострий апендицит	1	1,8	Дивертикулярна хвороба ободової кишки. Дивертикуліт сигми. Інфільтрат	1	1,8
Апендикулярний інфільтрат	2	3,6	Термінальний ілеїт (інфільтрат-1, перитоніт-1)	2	3,6
Перитоніт	2	3,6	Розрив кісти правого яєчника. Гемоперитонеум	1	1,8
			Гострий двохсторонній сальпінгіт. Дифузний гнійний перитоніт	1	1,8
Перитоніт	1	1,8	Некроз стінки сечового міхура з перфорацією. Інфільтрат. Розлитий сечовий перитоніт.	1	1,8
Рак шлунка. Перфорація?	1	1,8	Рак шлунка. Асцит-перитоніт	1	1,8
ЗТЖ. Ушкодження органів?	4	7,3	ЗТЖ. Ушкодження S <sub>5-6</sub> сегмента печінки. Гемоперитонеум	2	3,6
			ЗТЖ. Розрив тонкої кишки. Абсцес. Дифузний гнійний перитоніт	1	1,8
			ЗТЖ без ушкодження органів	1	1,8
Ітого ...	55	100		55	100

ентів виконано розкриття абсцесу, апендектомія. При місцевому та дифузному перитоніті обирали оперативний доступ за Мак Бурнеем-Волковичем-Д'яконовим (5) і лише при розлитому перитоніті — нижню серединну лапаротомію (2). У 7 (30,4 %) хворих на інфікований панкреонекроз, парапанкреатичний абсцес, розлитий гнійний перитоніт після верхньої середньої лапаротомії за Лебкером, розкритий гнійний оментобурсит, виконана панкреатсеквестректомія, розкриті парапанкреатичні абсцеси, абсцеси хвоста (5) та голівки підшлункової залози (2), накладена бурсо-оменто-панкреатостома, дренажування черевної порожнини та малого тазу. При гострому гангренозному судинному холециститі, щільному паравезикальному абсцесі, який не вдалося розкрити при ВЛС у 2 (8,7 %) пацієнтів, після його розкриття лапаротомним доступом проведена холецистектомія (від дна — 1, від шийки — 1). За наявності раку сліпої кишки, ускладненому

гострою obtураційною товсто-тонкокишковою непрохідністю у 2 (8,7 %) хворих виконана правостороння геміколектомія з ілеотрансверзоанастомозом.

У підгрупу додали ще 5 (21,7 %) пацієнтів, які страждали по одному захворюванню. Хворому з гострою спайковою непрохідністю тонкої кишки при ВЛС виконана розсічення спайкового штанга з ліквідацією непрохідності тонкої кишки, втім за наявності різко розширених, атонічних, синюватого кольору петель тонкої кишки зі значним об'ємом хімуса та повітрям, виконана конверсія, назо-інтестинальна інкубація усього тонкого кишечника, з дивертикулярною хворобою, перфорацією дивертикула сигми — операція Гартмана, з термінальним ілеїтом, некрозом стінки та перфорацією, інфільтратом — правостороння геміколектомія з ілеотрансверзоанастомозом, з виразково-некротичним циститом, гострою перфорацією сечового міхура, сечовим розлитим перитоні-



том після резекції сечового міхура зашитий дефект, що утворився, доповнений трансуретральним дренажем сечового міхура, назо-інтестинальною інтубацією тонкої кишки, з ЗТЖ, розривом тонкої кишки, абсцесом, перитонітом — зашитий розрив тонкої кишки, назо-інтестинальна інкубація тонкої кишки. У післяопераційному періоді у 7 (30,4 %) пацієнтів виникли ускладнення (нагноєння рани — у 4, пневмонія — у 2, динамічна кишкова непрохідність — у одного хворого). Середній ліжко/день склав 19,9. Померли 2 (8,7 %) хворих з прогресуванням інфікованого панкреонекрозу з численними ускладненнями від сепсису.

### Висновки

Відеолапароскопія виконана у 7 % пацієнтів з невідкладною абдомінальною хірургічною патологією за неясного діагнозу та встановила його нозологічні форми, ускладнення.

Отримані дані відеолапароскопії дозволили оптимізувати хірургічну тактику.

Вважаємо, у хворих на невідкладну абдомінальну хірургічну патологію методом вибору є використання малотравматичних лікувальних відеолапароскопічних оперативних втручань, що призводять до зменшення класичних операцій травматичним лапаротомним оперативним доступом, ускладнень, летальності, набагато легшим перебігом післяопераційного періоду.

### ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Бойко ВВ, Замятин ПН. Политравма. Руководство для врачей. В 2-х томах (2-е изд. перераб. и доп.). Харьков: Факор, 2011, 1328 с.
2. Бойко ВВ, Григоров ЮБ, Дуденко ВГ. Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології. Харків: Торнадо, 2002, 174 с.
3. Пронін ВО, Бойко ВВ. Патологія червоподібного відростка та апендектомія. Харків: СІМ, 2007, 271 с.
4. Лисенко ВМ. Лікувально-діагностична лапароскопія в хірургії гострих захворювань черевної порожнини. *Hirurgia.kiev.ua* [Інтернет]. 2020 [цитовано 2023 Лют 27]. Доступно: <https://hirurgia.kiev.ua/uk/about-clinic/science/111-surgery-abdominal-cavity.html>
5. Малюштан ОВ, Бойко ВВ, Тищенко ОМ, Криворучко ІА. Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біліарну хірургію. Харків: Сим, 2005, 367 с.
6. Завгородний СН, Рылов АИ, Кубрак МА, Данилюк МБ, Найденов ОД, Грищенко ГМ. Опыт применения лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците. *Патология*. 2016; 3 (38): 43-7. Doi: 10.14739/2310-1237.2016.3.87487
7. Завгородний СН, Рылов АИ, Кубрак МА, Данилюк МБ, Ярешко НА. Опыт лечения больных с острым панкреатитом тяжелой степени. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017;4(3,141):126-32. Doi: 10.29254/2077-4214-2017-4-3-141-126-132
8. Євтушенко ДО, Тарабан ІА, Мінухін ДВ, Шевченко ОМ, Мірошніченко ДО. Сучасний погляд на лапароскопічні методи в діагностиці та лікуванні спайкової кишкової непрохідності та спайкової хвороби. *Харківська хірургічна школа*. 2019;1 (94):203-6.
9. Завгородний СН, Кубрак МА, Рылов АИ, Данилюк МБ, Зимня ЕА. Видеолaparоскопическая аппендэктомия при остром аппендиците у пациентов пожилого и старческого возраста. *Сучасні медичні технології*. 2018;3:72-7.
10. Польовий ВП, Бойко ВВ, Сидорчук РІ. Перитоніт — одвічна проблема невідкладної хірургії. *Чернівці: Медуніверситет*, 2012, 376 с.

### REFERENCES

1. Boiko VV, Zamiatyn PN. Politravma. Rukovodstvo dlia vrachev. V 2-kh tomakh (2-e izd. pererab. i dop.). Kharkov: Fakor, 2011, 1328 s. [In Rus.].
2. Boiko VV, Hryhorov YuB, Dudenko VH. Laparoskopiiia u nevidkladnii khirurhii ta hinekolohii. Kharkiv: Tornado, 2002, 174 s. [In Ukr.].
3. Pronin VO, Boiko VV. Patolohiia chervopodibnoho vidrostka ta apendektomiia. Kharkiv: SIM, 2007, 271 s. [In Ukr.].
4. Lysenko VM. Likualno-diahnostychna laparoskopiiia v khirurhii hostrykh zakhvoriuvan cherevnoi porozhnyu. *Hirurgia.kiev.ua* [Internet]. 2020 [tsytovano 2023 Liut 27]. Dostupno: <https://hirurgia.kiev.ua/uk/about-clinic/science/111-surgery-abdominal-cavity.html> [In Ukr.].
5. Maloshtan OV, Boiko VV, Tyshchenko OM, Kryvoruchko IA. Laparoskopichni tekhnolohii ta yikh intehtratsiia u biliarnu khirurhiiu. Kharkiv: Sym, 2005, 367 s. [In Ukr.].
6. Zavgorodniy SN, Rylov AY, Kubrak MA, Daniliuk MB, Naydenov OD, Grishchenko HM. Opyt primeneniya laparoskopicheskoy appendektomii pri ostrom appenditsite. *Patologiya*. 2016; 3 (38): 43-7. Doi: 10.14739/2310-1237.2016.3.87487 [In Rus.].
7. Zavgorodniy SN, Rylov AY, Kubrak MA, Daniliuk MB, Yareszko NA. Opyt lecheniya bolnykh s ostrym pankreatytom tiazholoy stepeni. *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2017;4(3,141):126-32. Doi: 10.29254/2077-4214-2017-4-3-141-126-132 [In Rus.].
8. Yevtushenko DO, Taraban IA, Minukhin DV, Shevchenko OM, Miroshnichenko DO. Suchasnyi pohliad na laparoskopichni metody v diahnostytsi ta likuvanni spaykovoi kyshkovoi neprokhidnosti ta spaykovoi khvoroby. *Kharkivska khirurhichna shkola*. 2019;1(94): 203-6. [In Ukr.].
9. Zavhorodniy SN, Kubrak MA, Rylov AY, Danyliuk MB, Zimnia EA. Videolaparoskopicheskaya appendektomiya pri ostrom appenditsite u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta. *Suchasni medychni tekhnolohii*. 2018;3:72-7.
10. Poloviy VP, Boiko VV, Sydorochuk RI. Perytonit — odvichna problema nevidkladnoi khirurhii. *Chernivtsi: Meduniversitytet*, 2012, 376 s.



VIDEOLAPAROSCOPIC  
DIAGNOSTIC  
INTERVENTIONS  
IN THE OPTIMIZATION  
OF SURGICAL TACTICS  
IN PATIENTS WITH  
URGENT SURGICAL  
ABDOMINAL PATHOLOGY

*O. V. Kapshitar,*  
*O. O. Kapshitar,*  
*A. V. Bachurin*

**Summary.** *The purpose of the study:* to study the possibilities of video laparoscopy (VLS) in the diagnosis of urgent abdominal surgical pathology and to optimize surgical tactics.

*Material and methods.* VLS was performed in 55 patients with urgent abdominal surgical pathology with an unclear diagnosis, accounting for 7 % of all operated patients.

*The results.* Established nosological forms of urgent abdominal surgical pathology, complicated in 87.3 % of patients (peritonitis, infiltrate, abscess, obstruction, hemoperitoneum). Optimized surgical tactics by dividing patients into 2 groups. Group A — 58.2 % of patients preferred and performed various video laparoscopic operations (VLSO) without complications. 6.2 % of patients died. Group B included 41.8 % of patients who underwent conversion due to the impossibility of completing VLSO due to pathomorphological reasons (severe purulent processes with purulent complications, long-standing intestinal obstruction, the need for naso-intestinal incubation of the small intestine). Complications occurred in 30.4 % of patients. 8.7 % of patients died.

*Conclusions.* Accurate VLS diagnosis of urgent abdominal surgical pathology made it possible to optimize surgical tactics and establish the advantages of low-traumatic VLSO over traditional ones.

**Key words:** *acute surgical abdominal pathology, endoscopy, diagnosis, surgical treatment.*