

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**Ю.А. Арутюнян, С.Ч. Закарян**

*/Медицинский центр Эребуни, кафедра хирургических болезней № 1
ЕрГМУ им. М. Герацци/
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, спаечный процесс, послеоперационный рубец

Одним из наиболее дискуссионных вопросов на сегодняшний день является возможность проведения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у больных с ранее перенесенными операциями на органах брюшной полости [5,7,11], которые сопровождаются развитием спаечного процесса примерно в 55–75% наблюдений после лапаротомии [9]. Это обстоятельство препятствует широкому применению ЛХЭ из-за риска возможных осложнений, как при введении троакаров в брюшную полость, так и при манипуляциях эндохирургическими инструментами в условиях ограниченной видимости.

Опасность выполнения ЛХЭ при наличии интраперитонеальных спаек заключается в следующем: во-первых, подпайивание кишечных петель или других внутренних органов к передней брюшной стенке создает риск их ранения при введении в брюшную полость иглы для наложения пневмоперитонеума или троакара лапароскопа; во-вторых, обширный спаечный процесс может затруднить эндоскопическую ревизию или сделать невозможным прицельный осмотр какого-либо органа. В-третьих, спайки сами по себе представляют предмет изучения, так как являются не только следствием, но и причиной ряда патологических состояний [1,3,5,7–9,11,12,21].

Одним из наиболее ответственных этапов для выполнения любой лапароскопической операции является создание пневмоперитонеума. При создании пневмоперитонеума у больных, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости, необходимо соблюдать особую осторожность. Установлено, что “слепое” введение первого троакара при спаечной болезни таит угрозу возникновения самых грозных осложнений. Частота повреждения внутренних органов иглой Вереща при создании пневмоперитонеума варьирует от 0,05 до 0,5%. Чаще всего повреждаются петли кишечника, печень, желудок, мочевой пузырь [6].

Дооперационные методы определения выраженности и локализации спаечного процесса малоинформативны, а данные литературы крайне противоречивы [11,13–15,20], что подчеркивает актуальность проблемы безопасного и эффективного выполнения лапароскопии у больных со спаечным процессом в брюшной полости.

Целью данного исследования является изучение характера и распространенности послеоперационных сращений и разработка техники безопасного проведения ЛХЭ у больных с ранее перенесенными операциями на органах брюшной полости.

Материал и методы

Нами оперированы 46 больных, в анамнезе которых имелись 67 ранее выполненных операций на брюшной полости, из коих 30 – по одной операции, 12 – по две, трое – по три и один – четыре.

При выполнении ЛХЭ у данных больных учитывали два основных момента: первый (на наш взгляд, самый важный) – “слепое” введение иглы Вереша, представляющее угрозу ранения подпавшихся к передней брюшной стенке внутренних органов, и второй – спаечный процесс, затрудняющий ревизию и прицельный осмотр желчного пузыря.

Для создания пневмоперитонеума у больных с подозрением на наличие спаечного процесса применяли модифицированную нами методику открытой лапароскопии, для чего на пупке делали кожный разрез 2,0–2,5 см. Эта точка отличается наличием только апоневроза и не несёт в себе опасности повреждения сосудов, а также является наименее тонким участком передней брюшной стенки. После чего послойно под визуальным контролем вскрывали брюшную полость. При наличии спаек в околопупочной зоне спайки разъединяли, создавая окно для введения первого троакара и создавали пневмоперитонеум. Для герметичности вокруг троакара ставили либо “П”-образный, либо кисетный шов.

Остальные троакары вводились под контролем лапароскопа. При этом иногда приходилось менять очередность и место наложения троакаров. Первый троакар ставился в свободном от спаек участке, при помощи микроножниц разъединялись спайки, освобождая место для остальных троакаров.

Результаты и обсуждение

При ревизии висцеро-париетальные сращения различной локализации были выявлены у 73,9% больных (табл.1). Изучение топографо-анатомических взаимоотношений органов и тканей в брюшной полости у ранее оперированных больных выявило определенные закономерности – в 82% случаев висцеро-париетальные сращения локализовались по ходу послеоперационного рубца.

Таблица 1

Характеристика висцеро-париетальных сращений

Орган	Вид сращений									
	пленчатые		рубцовые		плоскостные		комбинированные		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Большой сальник	14	41,3	1	2,9	6	17,6	4	11,8	25	73,6
Тонкий кишечник	3	8,9			2	5,9	1	2,9	6	17,7
Толстый кишечник	1	2,9	1	2,9	1	2,9			3	8,7
Всего	18	53,1	2	5,8	9	26,4	5	14,7	34	100

После аппендэктомии косым разрезом (19 случаев) наибольшие изменения наблюдались в правой подвздошной области, лишь у 5 больных спаечный процесс достигал зоны введения 4-го троакара; параректальным или срединным разрезом (12 случаев) только у 3(25%) больных спайки локализовались в правой нижней половине живота, у 4(33%) спаечный процесс охватывал и область пупка, а у 2(17%) больных распространялся и на верхние отделы живота.

После гинекологических операций разрезом Pfannenштиля (9 случаев) различной степени сращения наблюдались в малом тазу. После операций из нижнесрединного доступа у 3(57%) больных в спаечный процесс была вовлечена область пупка и у 2(28%) – верхние квадранты живота.

Из 46 ранее оперированных больных у 12(26%) спаечный процесс охватывал область пупка. Только в правом верхнем квадранте спайки локализовались у 13(28%), а различные сочетания спаечного процесса в правом верхнем квадранте и других областях – у 8(17%) больных.

Исходя из вышесказанного, при локализации послеоперационных рубцов по средней или параректальной линии живота после множественных операций, а также после операций по поводу перитонитов различного генеза применяли методику открытой лапароскопии (28 случаев). Только после аппендэктомии косым разрезом или гинекологических операций поперечным надлобковым разрезом применяли классический метод наложения ПП – (18 случаев).

В 12 случаях после открытой лапароскопии, когда были выявлены спайки в области пупка, потребовалось разъединение спаек для визуального введения первого троакара. В двух случаях из-за обширных висцеро-париетальных сращений в правом верхнем квадранте второй троакар вводили в левой половине живота и после разъединения спаек вводили остальные троакары. В одном случае из-за наличия обширных комбинированных висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных сращений пришлось перейти на открытый метод операции. Каких-либо осложнений, связанных с использованием этой методики, не отмечено ни в одном случае.

Единичные висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные сращения, захватывающие небольшую часть желчного пузыря, выявлены у 12(26%) больных, до 0,5 поверхности желчного пузыря – у 14(30,4%), до 2/3 – у 10(22%) и полностью покрывали желчный пузырь – у 5(11%) больных. Пленчатые сращения области желчного пузыря выявлены – у 41,4% больных, рубцовые – у 9,7%, плоскостные – у 24,5%, воспалительный инфильтрат – у 12,3% и комбинированные – у 12,1% больных (табл.2).

Следует отметить, что особо неблагоприятными являются плоскостные и рубцовые сращения с полыми органами – ДПК, поперечно - ободочной кишкой и желудком (17,1%), а также с гепатодуоденальной связкой (4,9%) и холедохом (5%). Так при выделении желчного пузыря из сращений возможна перфорация органов или стриктура холедоха. Во избежание этих осложнений, а также возможного кровотечения из сосудов сращений необходимо соблюдать следующие принципы:

- перед пересечением натягивать сращения,
- пересекать только при хорошей визуализации как желчного пузыря, так и прилегающих органов,
- следить тщательно за гемостазом,

- правильно выбирать режим диатермокоагуляции, коагулировать сосуды на протяжении и пересекать как можно ближе к желчному пузырю.

Пленчатые сращения легко пересекать ножницами, грубые тяжи с сосудами – электрокоагуляционным крючком, используя режим резания и коагуляции поочередно.

Таблица 2

Характеристика сращений желчного пузыря с прилегающими органами

Орган	Вид сращений											
	Пленчатые		Рубцовые		Плоскостные		Инфильтрат.		Комбинированные		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Большой сальник	8	19,5	2	4,9	3	7,3	2	4,9	3	7,3	18	43,9
12-перстная кишка	3	7,4	1	2,4	2	4,9			1	2,4	7	17,1
Поперечно-ободочная кишка	2	4,9	1	2,4	2	4,9					5	12,2
Гепатодуоденальная связка	1	2,4					2	4,9	1	2,4	4	9,7
Желудок	1	2,4			1	2,5					2	4,9
Холедох	1	2,4			1	2,5	1	2,5			3	7,3
Печень	1	2,4			1	2,4					2	4,9
Всего	17	41,4	4	9,7	10	24,5	5	12,3	4	12,1	41	100

Таким образом, висцеро-париетальные сращения могут оказаться существенной помехой при выполнении операции ЛХЭ. Из-за висцеро-париетальных сращений у 3% больных мы вынуждены были сместить обычные точки введения троакаров, а у 5% больных перед введением 3- и 4-го троакаров рассекать сращения. Висцеро-париетальные сращения различной локализации и вида выявлены у 73,9% больных, причем у 45% сращения локализовались в области желчного пузыря, а у 30,9% – в других областях.

Таким образом, успех диагностической лапароскопии, выполненной в условиях спячного процесса, в большой степени зависит от степени его распространенности.

Поступила 23.01.01

**ԼԱՊԱՐԱՍԿՈՊԻԿ ԽՈԼԵՑԻՍՏԵԿՏՈՄԻԱՅԻ ԱՌԱՆՉՆԱԿԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԽՈՌՈՌԴԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՐԱ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՏԱՐԱԾ
ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՄՈՏ**

Յու.Ա. Հարությունյան, Ս.Չ. Ջաքարյան

Որովայնի խոռոչի օրգանների վրա կատարված միջամտություններից հետո 50-75% դեպքերում զարգանում են կպումային պրոցեսներ:

Աշխարհի նպարակն է եղել ուսումնասիրել առկա կպումների բնույթն ու փեղակայությունը և մշակել լապարոսկոպիկ խոլեցիստեկտոմիաների կատարման անվտանգ փնիսնիկա նախկինում վիրահատություններ կրած հիվանդների մոտ:

Առաջին փրոակարի կույր «ձևով» մրցելու բարդություններից խուսափելու նպարակով խորհուրդ է փրվում կիրառել բաց լապարոսկոպիայի մեթոդը:

**THE PECULIARITIES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH
PREVIOUS OPERATIONS ON THE ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY**

Yu.A. Harutyunyan, S.Ch. Zakaryan

In 50-75% of patients with previous operations on abdominal cavity there is observed adhesions development.

The aim of the study is to investigate the character and localization of adhesions in patients with previous abdominal operations and to work out the correct technique of laparoscopic cholecystectomy.

In order to avoid the complications development in "blind" laparoscopy first needle, we offer to apply the open method.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баймаханов Б.Б., Ромазанов М.Е., Избасаров Р.Ж. и др. Эндоскопическая хирургия, 1997, 1, с. 43.
2. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Махин И.В. и др. Там же, с. 45.
3. Ганцев Ш.Х. Послеоперационная спаечная болезнь брюшины, обусловленная спайками большого сальника. Дисс. канд. Уфа, 1981.
4. Грязев В.И., Сивоконь Н.И., Петриченко А.В. Эндоскопическая хирургия, 1998, 1, с. 15.
5. Егив В.Н., Рудакова М.Н. Эндоскопическая хирургия, 2000, 1, с. 38.
6. Запорожан В.М. Здоровье. Киев, 1999.
7. Луцевич Э.В., Учанов А.П., Семёнов М.В. Эндоскопическая хирургия желчекаменной болезни. М. - Великий Новгород, 1999.
8. Савельев В.С., Ревякин В.И., Авалиани М.В. и др. Международный конгресс по лапароскопической хирургии (сб. докл.) М., 1993, с. 18.
9. Стебунов С.С., Лызинов А.Н., Занько С.Н. и др. В кн.: Безопасная техника в лапароскопии. Минск, 2000, с. 92.
10. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. Международный конгресс по лапароскопической хирургии (сб. докл.), М., 1993, с. 24.
11. Стрижелецкий В.В., Федоров А.В., Акимов В.П. и др. Эндоскопическая хирургия, 1998, 4, с. 23.
12. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. М., 1998.
13. Cook W.A. Obstet. Gynec., 1977, 49, 1, p. 105.
14. Grimes E.M. Obstet. Gynecol., 1981, 57, 3, p. 419.
15. Hasson H.M. J. Reprod. Med., 1974, 12, p. 234.
16. Hasson H.M. In: Philips J.M. et al. Laparoscopy. Baltimore, 1977, p. 145.
17. Hasson H.M. Am. J. Obstet. Gynecol., 1978, 110, p. 54.
18. Miller K., Holbling N., Hutter J. et al. Surg. Endoscopy, 1993, 7, p. 400.
19. Petrikovsky B. J. Reprod. Med., 1985, 30, 9, p. 665.
20. Pleissner J., Berndt H. Endoscopy, 1978, 16, 3, p. 187.
21. Reich H. J. Reprod. Med., 1987, 32, 10, p. 736.