

Լապարոսկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի ժամանակ սիմուլտան ադիեզիոլիզիսի կատարման հնարավորությունը

Ա.Ա. Ոսկանյան

ԲԿ «Մալաթիա»

375032 Երևան, Դ. Վարուժանի փ., 28ա

Բանալի բառեր. լապարոսկոպիա, խոլեցիստեկտոմիա, կալումային պրոցես, ադիեզիոլիզիս, սիմուլտան, պոլիվիզիոնալ խոլեցիտոմիա-յող, միկրոիրիգատոր

Կալումային հիվանդությունը, իր հետևանքներով հանդերձ, հանդիսանում է հետլապարոտոմիկ վտանգավոր բարդություններից մեկը, որի հանդիպման հաճախականությունը ըստականին բարձր է և 7-10% դեպքերում ձեռք է բերում չարորակ զարգացող բնույթ՝ պայմանավորելով այս կամ այն աստիճանի կրկնվող ադիբային անանցանելիության կլինիկական պատկեր [1-3, 5]:

Ժամանակակից վիրաբուժությունում կալումային պրոցեսի զարգացումը կանխելու նպատակով կարևոր տեղ է հատկացվում վիրահատական տրավմատիզմի նվազեցմանը, բորբոքային բարդությունների կանխարգելմանը, ադիների աշխատանքի վաղ վերականգնմանը և հիվանդի հնարավորին չափով շուտ ակտիվացմանը: Մակայն առկա է անհամատեղելիություն վիրահատական ծավալի և հետվիրահատական ներդրվայնային կալումների քանակի միջև և շատ հաճախ կրկնակի լապարոտոմիան կալումների անջատման կապակցությամբ բուժելու, հիվանդի վիճակը բարելավելու փոխարեն, էլ ավելի է խորացնում կալումային պրոցեսը: Տվյալ խմբի հիվանդների բուժման ոչ բավարար արդյունքները ստիպեցին դիմել ավելի քիչ ինվազիվ լապարոսկոպիկ վիրաբուժության հնարավորությունների օգտագործմանը [4,6,7]: Լապարոսկոպիկ վիրաբուժության արագ զարգացումը, նոր տեխնոլոգիաների ի հայտ գալը, վիրաբուժական փորձի կուտակումը հնարավորություն տվեցին նախկինում լապարոսկոպիկ վիրահատության համար հակացուցում հանդիսացող հետվիրահատական կալումային պրոցեսը ներկայումս վերացնել մույն լապարոսկոպիկ վիրաբուժության հնարավորություններով:

Մեր աշխատանքի նպատակն է եղել հիմնավորել լապարոսկոպիկ սիմուլտան ադիեզիոլիզիսի կատարման նպատակահարմարությունը և արդյունավետությունը, տալ այդ եղանակի գնահատականը:

Նյութը և մեթոդները

«Մալաթիա» ԲԿ լապարոսկոպիկ վիրաբուժության բաժանմունքում կատարվել են 19 լապարոսկոպիկ սիմուլտան վիրահատություններ նախկինում մեկ և ավելի անգամ տրադիցիոն եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ /15(78,9%) կին և 4(21,1% տղամալը), որոնք ունեցել են տարբեր աստիճանի արտահայտված կալումային հիվանդության երևույթներ, ընդ որում, լեղապարկի շրջանի կալումային պրոցեսի անջատումը ադեզալարներից չի գնահատվել որպես սիմուլտան էտապ:

Պլանային կարգով վիրահատվող հիվանդներից կատարվել է ադե-ստամոքսային տրակտի ռենտգենոսկոպիա բարիտմի սուլֆատի կախույթի կիրառումով, որը հաստատել է ադիների էվակուատոր ֆունկցիայի այս կամ այն աստիճանի խանգարման փաստը:

Մեկ սպիի դեպքում պնևմոպերիտոնեում դրվել է սպիից առավել հեռավորության վրա: Որովայնի առաջային պատին մի քանի սպիների դեպքում կիրառվել է պնևմոպերիտոնեումի ստեղծման կետի դիրքի որոշում նախապիրահատական շրջանում ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով: Հետազոտության արդյունքում նշվում է առավել հարմար կետը, որի ուղղությամբ որովայնի առաջային պատին ադեզալար ֆիքսված չէ: 15 հիվանդների մոտ պնևմոպերիտոնեումը դրվել է Վերեշի ասեղով մշակված մեթոդիկայով, 4 հիվանդների մոտ՝ հաշվի առնելով տարբեր անատոմիական շրջաններում երեք հետվիրահատական սպիների առկայությունը և ուլտրաձայնային հետազոտության արդյունքների անբավարար լինելը, պնևմոպերիտոնեում դրվել է Hasson-ի եղանակով, որի էությունը բութ ծայրով թրակարի տեղադրումն է որովայնի խոռոչում «բաց» մեթոդով հետևյալ տեխնիկայով. հարպորտային շրջանում կատարվել է մաշկի կտրվածք 3-4սմ չափով, շերտ առ շերտ հասնելով բացվել է որովայնի խոռոչի տեղամաս, որտեղ

մտցվել է բութ ծայրով թրակար: Որովայնի խոռոչի հեյմնտիզացիան ապահովվել է թրակարի շուրջը ապաներոզի վրա քաքրակար կամ հանգուցակարեր ղնելով: Լապարոսկոպիկ ադիեզիոլիզիսի ժամանակ կիրառվել է 30աստ. բեք օպտիկայով տուբուս, որը հնարավորություն է տալիս փոքր տեսադաշտում կողմնորոշվել հյուսվածքների իդենտիֆիկացման հարցում:

Պնևմոպերիտոնեում ստեղծելուց հետո կատարվել է ռեվիզիա: 14 դեպքերում կալումային պրոցեսը թույլ է տվել անմիջապես մանիպուլյատորների համար նախատեսված թրակարները մտցնել որովայնի խոռոչ ստանդարտ կետերից՝ ընդունված խղեցիստէկտոմիա կատարելու համար: 5 դեպքերում առաջին թրակարից առավելագույն հեռավորության վրա մտցվել է 5 մմ չափով թրակար մկրատով, որի միջոցով անջատվել են կալումները այն քանակով, որպեսզի հնարավոր լինի մնացած թրակարների մոտքը որովայնի խոռոչ, որից հետո միայն կատարվել է հիմնական կալումային պրոցեսի անջատում և խղեցիստէկտոմիայի հիմնական էտապի կատարում:

Արդյունքները և նրանց քննարկումը

Մեկ անատոմիական շրջանում տեղակայված կալումային պրոցես եղել է 11 հիվանդների մոտ, երկու և ավելի անատոմիական շրջաններում կալումային պրոցես հայտնաբերվել է 8 հիվանդների մոտ: Կալումները անջատվել են մկրատի միջոցով առավելապես ամոքագործի տարածություններում: Անոթավորված կալումային ձգանները նախապես այրվել են բիպոլյար կոագուլյատորի միջոցով: 6 դեպքերում աղու պատը սերտ կպման մեջ է եղել այլ անատոմիական տարրի հետ, որի կապակցությամբ լապարոսկոպիկ ասեղի միջոցով կատարվել է հյուսվածքների հիդրավիկ շերտազատում: Կալումների անջատումից հետո որովայնի խոռոչը լվացվել է պոլիվինիլպիրրոլիդոն-յոդի 0,075%-ոց լուծույթով, որը, շնորհիվ իր էքսուդատիվ պրոցեսը ճնշող և «յոդող» ֆիզիկական հատկանիշերի, խոչընդոտում է նոր կալումագոյացման պրոցեսի զարգացմանը: Որովայնի խոռոչի լվացումից հետո դե-

սերոզացված տեղամասերը մշակվել են պոլիվինիլպիրրոլիդոն-յոդի 10%-ոց լուծույթով, որը արգելակում է ֆիբրինի «մատեցումը» դեսերոզացված տեղամասի վրա: Որպես օրենք, խղեցիստէկտոմիան կատարվել է երկրորդ էտապում: Վիրահատությունները ավարտվել են որովայնի վերին հարկում միկրոիրիզատոր թողնելով, որից հաջորդ օրերին որովայնի խոռոչ միանվազ լցվել է 50 մլ պոլիվինիլպիրրոլիդոն-յոդի 0,075%-ոց և նովոկաինի 0,5%-ոց խառնուրդ: Այն ուղղելով ներորովայնային օրգանները, ապահովում է սաևող միջավայր և ներծծվում մինչև հաջորդ օրը, ինչը հաստատվել է որովայնի խոռոչի գերծայնային հետազոտությամբ: Միկրոիրիզատորը հեռացվել է 2-3-րդ օրը:

Հիվանդները ստացել են նաև հետվիրահատական հակակալումային, դեսենսիբիլիզացնող դեղորայքային բուժում: Հետվիրահատական շրջանում աղիների աշխատանքը ինքնուրույն վերականգնվել է 14 հիվանդների մոտ, 5 հիվանդներ կարիք են ունեցել աղիների աշխատանքի դեղորայքային և ֆիզիկական խթանման: Միջին մահճակալ-օրերի թիվը կազմել է 4 օր, բարդություններ, կապված սիմուլտան էտապի հետ, չեն նկատվել: Վիրահատությունից երկու ամիս անց հիվանդները զանգառներ՝ կապված աղիների աշխատանքի հետ, չեն ունեցել: Աղե-ստամոքսային տրակտի ռենտգենասկոպիան բարիումի կախույթի կիրառմամբ աղիների էվակուատոր ֆունկցիայի խանգարում չի հայտնաբերել:

Հիմնվելով անցկացված հետազոտության արդյունքների վրա մենք եզրակացնում ենք, որ ներորովայնային կալումային պրոցեսի առկայության դեպքում, որը կարող է կամ բերում է աղե-ստամոքսային տրակտի գործունեության խանգարման, ինչպես նաև վիրաբույժի համապատասխան որակավորման և անհրաժեշտ գործիքների առկայության պայմաններում, նպատակահարմար է լապարոսկոպիկ խղեցիստէկտոմիա կատարելիս սիմուլտան եղանակով կատարել նաև ադիեզիոլիզիս: Տվյալ պարագայում նվազում է կրկնակի վիրահատության անհրաժեշտության տոկոսը, խնայվում է հիվանդի հոգեմիճակը, ստացվում է ավելի հարթ հետվիրահատական շրջան և որոշակի տնտեսական օգուտ:

Поступила: 14.03.03

Возможность проведения симультанного адгезиолизиса при лапароскопической холецистэктомии

А.А. Восканян

Представлен опыт симультанных оперативных вмешательств в лапароскопической хирургии на орга-

нах брюшной полости у 19 больных. Авторы обосновывают целесообразность выполнения сочетанных

операций низкой летальностью больных, отличными результатами и значительным экономическим эффек-

том. Описаны оперативные приемы лечения спаечного процесса.

The possibility of simultaneous adhesiolysis during laparoscopic cholecystectomy

A.A. Voskanyan

The authors describe their experience of simultaneous operations in laparoscopic surgery on abdominal organs in 19 patients. The rationale for these operations is the low mortality percent of patients, excellent results and the sub-

stantial economic effect. The operative methods of adhesive disease are described.

Գրականություն

1. Егизев В.Н., Рудакова М.Н. Эндоскоп. хир., 1, 2000, с. 38.
2. Зайцев В.П. Неотложная хирургия брюшной полости. Киев, 1989.
3. Лебедев А.Г., Пахомова Г.В., Оранский А.Б. Лечение спаечной кишечной непроходимости. Новосибирск, 1993.
4. Стручков В.И., Луцевич Э.В. Острая кишечная непроходимость. Руководство по неотложной хирургии

органов брюшной полости (под ред. Б.С. Савельева), М., 1986.

5. Bremers A., Ringers J., Jariss R., Bemelman W. J. Laparoendosc. Adv. Surg., Tech. 10, 2000: 199.
6. Khaitan L., Scholz S., Houston H., Richards W. Endosc., 17(2), 2003: 247.
7. Polymenaeas G., Theodosopoulos T. Surg. Endosc., 15, 2001: 41.