

## Лапароскопические вмешательства в нестандартных ситуациях

Е.И. Брехов<sup>1</sup>, И.В. Аксенов<sup>2</sup>, В.В. Калинин<sup>1</sup>, И.Г. Репин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Уд Президента РФ, Москва,  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар

## Laparoscopic interventions in unusual situations

E.I. Brekhov<sup>1</sup>, I.V. Axenov<sup>2</sup>, V.V. Kalinnikov<sup>1</sup>, I.G. Repin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia,  
<sup>2</sup>Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

### Аннотация

В статье представлен опыт лечения 25 больных с желчнокаменной болезнью, у которых оперативные вмешательства выполнялись в нестандартных ситуациях. Делается вывод о том, что решение о выборе метода оперативного лечения должно приниматься с учетом результатов предоперационной диагностики спаечного процесса, тяжести основного и сопутствующих заболеваний.

**Ключевые слова:** лапароскопическая холецистэктомия, спаечный процесс.

### Abstract

This article presents experience of treatment 25 patients with cholelithiasis, in whom surgical interventions were performed in unusual situations. It was concluded that the choice of surgical treatment should be based on the results of preoperative diagnosis of adhesions, the severity of the primary and concomitant diseases.

**Key words:** laparoscopic cholecystectomy, adhesions.

*Ссылка для цитирования: Брехов Е.И., Аксенов И.В., Калинин В.В., Репин И.Г. Лапароскопические вмешательства в нестандартных ситуациях. Кремлевская медицина. Клинический вестник, 2019; 1: 15-18.*

В развитых странах мира до 20% взрослого населения страдает желчнокаменной болезнью [11]. Лапароскопическая холецистэктомия является оптимальным методом лечения данной патологии. Спаечный процесс, возникающий после предшествующих оперативных вмешательств, представляет собой большие проблемы в последующем [2]. Спайки развиваются после верхнесрединной лапаротомии у 93-100%, а после нижнесрединной лапаротомии у 67-93% пациентов. С. Wang и соавт. [14] считают, что спайки развиваются практически после каждой операции на органах брюшной полости. Разрабатываемые методы профилактики развития спаечного процесса далеки от совершенства [3]. С. Ballesta Lopez и соавт. [4] отмечают, что лапароскопическая хирургия у пациентов, ранее перенесших абдоминальные операции, затруднена. По данным А. El Nakkeeb и соавт. [7], спаечный процесс остается основной причиной перехода к лапаротомному доступу при выполнении лапароскопической холецистэктомии. По данным А.А. Karayiannakis и соавт. [10], у па-

циентов после операций на верхнем отделе брюшной полости конверсия достигает 19%, увеличивается время операции и количество послеоперационных осложнений. А. Faggiony и соавт. [8] стали применять при лапароскопической холецистэктомии в условиях спаечного процесса открытое введение троакара в правом нижнем квадранте живота. В.В. Стрижелецкий и Г.М. Рутенберг [1] применяли оптический троакар «Visiport», который позволяет проводить его введение под видеоконтролем.

S.V. Choу и соавт. [6] предлагают использовать для выполнения лапароскопической холецистэктомии подреберный доступ. I. Bauasker и соавт. [5] считают, что предыдущие абдоминальные операции не являются противопоказанием к безопасной лапароскопической холецистэктомии. Аналогичного мнения придерживаются в наше время G. Geraci и соавт. [9]. Н. Yamamoto и соавт. [15] считают, что лапароскопическая холецистэктомия у пациентов с предыдущими операциями является сложной процедурой с большим коэффициентом

конверсии – 9,5%, а послеоперационная летальность достигает 1,8% [12].

Цель исследования: оценка вариантов лечения желчнокаменной болезни у пациентов в нестандартных ситуациях.

### Материалы и методы

В основную группу вошли 13 пациентов в возрасте от 32 до 75 лет (средний возраст 54,08 года). Мужчин было 5, женщин – 8. Операции на желудке перенесли ранее 5 больных (гастрэктомия – 1, резекция желудка – 3, ушивание прободной язвы – 1), правостороннюю гемиколэктомию – 1, резекцию 2-3 сегментов правой доли печени – 2, тотальную срединную лапаротомию – 4 больных. Одна пациентка в детском возрасте перенесла тотальную срединную и поперечную лапаротомию по поводу осложнений острого аппендицита. Послеоперационные рубцы варьировали от линейных до гипертрофических (рис. 1 и 2).

Все больные оперированы по поводу хронического калькулезного холецистита. Длительность оперативных вмешательств составила  $111 \pm 39$  мин. У всех пациентов мы применяли открытую методику наложения пневмоперитонеума. Наиболее часто использовались доступы справа от пупка (рис. 3, а-г).

Массивный спаечный процесс в брюшной полости имелся у 9 из 13 больных (рис. 4 и 5). У одной больной, перенесшей резекцию VI и VII сегментов правой доли печени, он послужил причиной перехода к минилапаротомному доступу. В то же время у 4 больных во время операций не было выявлено значительного спаечного процесса в брюшной полости (рис. 6 и 7).

В контрольную группу вошли 12 пациентов в возрасте от 38 до 75 лет (медиана 58, 38 года). Мужчин – 4, женщин – 8. Операции на желудке перенесли ранее 5 больных (гастрэктомия – 1, резекция желудка – 4), правостороннюю гемиколэктомию – 1, тотальную срединную лапаротомию – 5 по поводу тупых травм живота. 1 пациентка оперирована по поводу заворота тонкой кишки после кесарева сечения. Всем больным опе-



Рис. 1. Гипертрофические рубцы.



Рис. 2. Линейные рубцы.



а



б



в



г

Рис. 3. Варианты лапароскопических доступов (а, б, в, г).



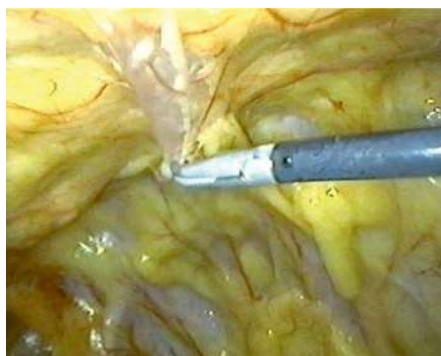


Рис. 4. Сращения после резекции желудка.

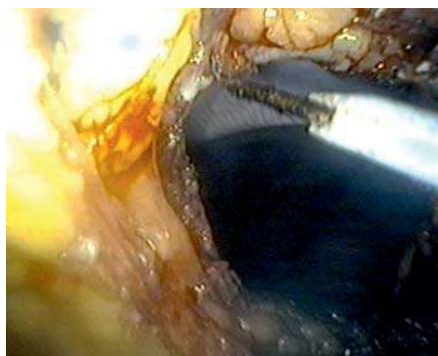


Рис. 5. Висцеролиз после резекции желудка.



Рис. 6. После тотальной лапаротомии.



Рис. 7. После правосторонней гемиколэктомии.

нием к выполнению лапароскопических операций.

2. У больных желчнокаменной болезнью, ранее перенесших операции на верхнем отделе брюшной полости, решение о выборе метода оперативного лечения должно приниматься с учетом результатов предоперационной диагностики спаечного процесса, тяжести основного и сопутствующих заболеваний.

3. Введение первого троакара целесообразно производить только открытым способом.

### Литература

1. Стрижелецкий В.В., Рутенберг Г.М. Особенности видеоэндоскопических вмешательств у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости. *Хирургия*. 2001; 8: 13 [Strizheletsky V.V., Rutenberg G.M. Features of video endoscopic interventions in patients previously operated on the abdominal organs. *Surgery*. 2001; 8:13. In Russian].

2. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Козлов И.А. Хирургическая «эпидемиология» образования спаек в брюшной полости. *Хирургия*. 2004; 6: 50-53 [Fedorov V.D., Kubyshekin V.A., Kozlov I.A. Surgical "epidemiology" of formation of adhesions in the abdominal cavity. *Surgery* 2004; 6: 50-53. In Russian].

3. Чекмазов И.А. Этиология и патогенез спаек брюшной полости. *Consilium medicum*. 2002; 4(1): 33-35 [Chekmazov I.A. Etiology and pathogenesis of abdominal adhesions. *Consilium medicum*. 2002; 4(1): 33-35. In Russian].

4. Ballesta Lopez C, Ruggiero R, Poves J, Bettonica C, Procaccini E, Corsale I et al. Laparoscopic procedures in patients who have previously undergone laparotomic operations. *Minerva Chir*. 2003; 58 (1): 53-56.

5. Bouasker I, El Ouaer MA, Smaali I, Khalfallah M, Ben Achour J, Najah N et al. Laparoscopic cholecystectomy on a previously operated abdomen. *Tunis Med*. 2010; 88 (2): 88-91.

6. Choi SB, Han HJ, Kim WB, Song TJ, Choi SY. The efficacy of subcostal-approach laparoscopic cholecystectomy in patients with previous midline incisions: comparative analysis with conventional laparoscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A*. 2014; 24 (12):842-945. doi: 10.1089/lap.2014.0117.

7. El Nakeeb A, Mahdy Y, Salem A, El Sorogy M, El Rafea AA, El Dosoky M et al. Open Cholecystectomy Has a Place in the Laparoscopic Era: a Retrospective Cohort Study. *Indian. J. Surg*. 2017; 79 (5): 437-443. doi: 10.1007/s12262-017-1622-2.

8. Faggioni A, Moretti G, Mandrini A, Viuzzi P, Noceti A. Laparoscopic cholecystectomy in patients who previously underwent major laparotomy. *Minerva Chir*. 1997; 52 (7-8): 869-873.

9. Geraci G, D'Orazio B, Rizzuto S, Cajozzo M, Modica G. Video laparoscopic cholecystectomy in patients with previous abdominal surgery. Personal experience and literature review. *Clin Ter*. 2017; 168(6): 357-360. doi: 10.7417/T.2017.2034.

10. Karayiannakis AJ, Polychronidis A, Perente S, Botaitis S, Simopoulos C. Laparoscopic cholecystectomy in patients with previous upper or lower abdominal surgery. *Surg. Endosc*. 2004; 18 (1): 97-101.

11. Li X, Guo X, Ji H, Yu G, Gao P. Gallstones in Patients

ративные вмешательства выполнялись из мини-лапаротомного доступа в правом подреберье. У 2 из них при ревизии брюшной полости не выявлено тотального спаечного процесса.

### Результаты и обсуждение

Предшествующие оперативные вмешательства не во всех случаях приводят к развитию массивного спаечного процесса. Это обстоятельство следует учитывать при выборе метода оперативного лечения у пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью. Наиболее часто выраженный спаечный процесс развивается после операции на желудке и печени. Наиболее сложен лапароскопический доступ у больных после гастрэктомии и резекции желудка. Не выявлено достоверных различий в длительности выполнения оперативных вмешательств, времени пребывания в стационаре. Осложнений в обеих группах больных не отмечено. Наиболее часто лапаротомный доступ использовался у больных с большим количеством сопутствующих заболеваний, препятствующих использованию напряженного пневмоперитонеума.

### Выводы

1. Предшествующие обширные оперативные вмешательства на органах брюшной полости не должны являться единственным противопоказа-

---

with *Chronic Liver Diseases. Biomed. Res. Int.* 2017; 2017. doi:10.1155/2017/9749802.

12. Liang TJ, Liu SI, Chen YC, Chang PM, Huang WC, Chang HT et al. Analysis of gallstone disease after gastric cancer surgery. *Gastric Cancer.* 2017; 20 (5): 895-903. doi: 10.1007/s10120-017-0698-5.

13. Ouâissi M, Gaujoux S, Veyrie N, Denève E, Brigand C, Castel B et al. Post-operative adhesions after digestive surgery: their incidence and prevention: review of the literature. *J Visc Surg.* 2012; 149(2): 104-114. doi: 10.1016/j.jvisurg.2011.11.006..

14. Wang C, Li X, Meng X, Zhou J, Qin F, Hou L. Prevention of experimental postoperative peritoneal adhesions through the

intraperitoneal administration of tanshinone IIA. *Planta. Med.* 2014; 80(12): 969-973. doi: 10.1055/s-0034-1382877.

**Для корреспонденции/Corresponding author**

Репин Илья Геннадьевич/ Repin Ilya  
Repin@cgma.su

*Конфликт интересов отсутствует*

---