

УДК 617-089:616.381+616-007.274:616-072

© Е. В. Заевская, 2009.

## ПРОГНОЗ СЛОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**Е. В. Заевская***Кафедра хирургии №1 (зав. - проф. В.В.Жебровский) Крымского государственного медицинского университета им.С.И.Георгиевского, г. Симферополь.*

### PROGNOSIS OF THE COMPLICACY OF THE LAPAROSCOPY IN THE PATIENTS WITH THE ADHESIVE DISEASE OF THE ABDOMINAL CAVITY

**E. V. Zaevskaya**

#### SUMMARY

In the research took part 98 patients with the history of different surgical or gynecological operations in anamnesis and signs of the cicatrice process present. The results of the laparoscopic operative treatment could be predicted with the help of clinical signs, anamnesis, knowledge of the topography of the cicatrice process in the abdominal cavity, level of IF-gamma in the serum, US examination results.

### ПРОГНОЗ СКЛАДНОСТІ ЛАПАРОСКОПІЇ У ПАЦІЄНТОВ ІЗ ЗЛУКОВОЇ ХВОРОБОЮ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

**О. В. Заєвська**

#### РЕЗЮМЕ

В дослідженні взяли участь 98 хворих, які перенесли у минулому різні хірургічні або гінекологічні операції та мають ознаки злукowego процесу у черевної порожнини. Наслідки лапароскопічного лікування злуковой хвороби можуть бути спрогнозовані за допомогою клінічних даних, анамнезу, знання топографії злукowego процесу черевної порожнини, рівня ІФ- гамма у сироватці крові, результатів УЗД.

**Ключевые слова:** спаечная болезнь, прогнозирование сложности лапароскопии, лапароскопическая хирургия.

Взгляд специалистов на интраперитонеальные спайки на протяжении ряда лет менялся от полного отказа выполнять лапароскопию у больных со спаечным процессом до активной борьбы с ним методами эндоскопической хирургии [1, 4].

Ряд авторов считают нецелесообразным и опасным применение лапароскопии при ОСКН, ввиду возможности ятрогенного повреждения кишки в условиях пареза и спаечного процесса в брюшной полости при проведении первой пункции живота для наложения пневмоперитонеума [3, 6, 7]. В то время, как другие, называют лапароскопический адгезиолизис методом выбора, поскольку выполнение лапаротомных операций сопряжено с высоким риском активизации спаечного процесса в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, с формированием обширных спаек, которые могут быть причиной повторных эпизодов кишечной непроходимости [2].

Оперативные вмешательства в брюшной полости, измененной спаечным процессом, являются чрезвычайно сложными и могут выполняться далеко не всеми хирургами [1, 3, 4, 7]. Одним из факторов, снижающих возможности хирургии спаек, является отсутствие методики достоверного определения степени выраженности спаечного процесса и прогнозирования сложности лапароскопии у ранее оперированных больных.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучение топографии спаечного процесса

брюшной полости было проведено на 98 взрослых людях, ранее перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости, а также полостные и лапароскопические вмешательства на гениталиях.

У всех больных проведено изучение эндоскопической топографии спаечного процесса брюшной полости.

Изучение механизмов иммуно-цитокриновой регуляции воспалительного процесса проведено у 35 больных со спаечными изменениями в брюшной полости и сопоставлено с данными показателями у 35 доноров Крымской станции переливания крови, сопоставимых по полу и возрасту. Уровни цитокинов: ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИФ- $\gamma$ , ИЛ-4 и СРБ изучали методом твердофазного иммуноферментного анализа [5].

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования было выявлено, что степень послеоперационных спаечных изменений в брюшной полости зависит от характера ранее выполненной операции и степени вовлечения брюшины в воспалительный процесс.

Данные, полученные в результате исследования подтвердили наличие отрицательной корреляционной связи между степенью выраженности спаечного процесса и концентрацией ИФ- $\gamma$  в сыворотке крови.

На основании результатов собственных исследований, сопоставленных с литературными данными, предложен метод прогнозирования сложности лапароскопии в условиях спаечного процесса брюшной

полости [3, 4, 8], разделенный на 4 степени:

- первая степень:

1) наличие в анамнезе одной из операций: аппендэктомии по поводу простого аппендицита, кесарева сечения, лапароскопической клиновидной резекции яичников при поликистозе;

2) отсутствие клинических проявлений спаечной болезни;

3) отсутствие висцеро-париетальных сращений при УЗИ;

4) один первичный лапаротомный рубец;

5) уровень ИФ -  $\gamma$  в сыворотке крови больного в пределах  $276,3 \pm 51,7$  пкг/мл.

- вторая степень:

1) наличие в анамнезе одной из операций: аппендэктомии по поводу простого аппендицита, ушивание перфорации матки, резекция яичника или овариоэктомия при кистах, лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическая сальпингостомия с экстракцией плодного яйца при трубной беременности;

2) отсутствие клинических проявлений спаечной болезни;

3) отсутствие висцеро-париетальных сращений при УЗИ;

4) один первичный или промежуточный рубцы после ранее выполненных лапаротомий;

5) уровень ИФ -  $\gamma$  в сыворотке крови больного в пределах  $241,9 \pm 37,5$  пкг/мл.

- третья степень:

1) наличие в анамнезе одной из операций: аппендэктомии по поводу осложненных форм аппендицита, гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки; тубэктомия при прервавшейся трубной беременности, резекция яичника при апоплексии, дренирование брюшной полости в условиях разлитого перитонита, экстирпация и надвлагалищная ампутация матки.

2) отсутствие клинических проявлений спаечной болезни или болевые формы спаечной болезни;

3) единичные висцеро-париетальные сращения при УЗИ;

4) несколько первичных, промежуточных или келлоидных рубцов после ранее выполненных лапаротомий;

5) уровень ИФ -  $\gamma$  в сыворотке крови больного в пределах  $187,2 \pm 36,1$  пкг/мл.

- четвертая степень:

1) наличие в анамнезе одной или нескольких полостных операций из числа отнесенных к 3 степени в сочетании с вмешательствами, отнесенными к 1-2 степеням, а также гемиколэктомия и полостные операции по поводу различных форм спаечной болезни;

2) клинические проявления спаечной болезни брюшной полости на настоящий момент и в анамнезе в виде частичной или полной спаечной кишечной непроходимости;

3) множественные висцеро-париетальные сращения полых органов при УЗИ;

4) несколько промежуточных и келлоидных рубцов на передней брюшной стенке живота;

5) уровень ИФ -  $\gamma$  в сыворотке крови больного ниже  $187,2$  пкг/мл.

#### ВЫВОДЫ

1. После выполнения хирургических вмешательств в брюшной полости образуются типичные спаечные перестройки, зависящие от характера выполненной операции и структуры органов, вовлеченных в спаечный процесс.

2. На основании проведенных нами исследований стало возможным составление в предоперационном периоде прогноза сложности лапароскопии в условиях спаечного процесса, основанном на - а) данных анамнеза, б) анализе типовых топографо-анатомических перестроек брюшной полости после некоторых операций, в) клинических проявлениях спаечной болезни, г) данных УЗИ, д) характере послеоперационных рубцов передней брюшной стенки, е) концентрации ИФ- $\gamma$  в сыворотке крови больного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А.И. Алгоритм видеолaparоскопии в экстренной абдоминальной хирургии / А.И. Александров, Э.Г.Абдуллаев, В.В. Феденко и др. // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - № 1. - С. 33 - 35.

2. Бебуришвили А.Г. Спаечная болезнь брюшной полости / А.Г. Бебуришвили, А.А. Воробьев, И.В. Михин и др. // Эндоскопическая хирургия. - 2003. - № 1. - С.51 - 63.

3. Воробьев А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г.Бебуришвили. - В.: Издатель, 2001. - 240 с.

4. Воробьев А.А. Профилактика спаечной болезни брюшной полости (Обзор зарубежной литературы) / А.А. Воробьев, А.Г.Бебуришвили, Е.Е.Писарева и др. // Хирургия. - 1998. - № 3. - С. 65 - 68.

5. Дарагмех М.М. Характеристика системного и локального иммунитета при воспалительном поражении брюшины, как причины развития спаечной болезни // Буковинський медичний вісник. - 2007. - Том 11. - №1. - С.16-19.

6. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф. Видеозендоскопические операции в хирургии и гинекологии. Киев. Здоров'я 2000. 296 с.

7. Di Zerega G.S., Campeau J.D. Peritoneal repair and post -surgical adhesions formation // Human Repr. Update. - 2001. - № 6. - Vol.7. - P.547 - 555.

8. Saed G., Diamond M. Effects of interferon- $\gamma$  reverse hypoxia-stimulated extracellular matrix expression in human peritoneal and adhesion ?broblasts // Fertil Steril. - 2006. - № 85 ( 1). - P. 1300 - 1305.