

явления NOTES сравнимо со значением появления лапароскопии в конце прошлого века. Особо приятно для гинекологов, что впервые подобную манипуляцию в начале прошлого века выполнил русский гинеколог Дмитрий Оскарович Отт. Первые публикации, посвященные применению NOTES на пациентах (трансвагинальная холецистэктомия) появились только в 2007 году. Операции на органах малого таза транслюминальным доступом проводились только в эксперименте. NOTES-ассистированные технологии подразумевают сочетанное применение лапароскопической (жесткой) и транслюминальной (гибкой) аппаратуры.

### Материал и методы

Используя NOTES-технологии (двухканальный эндоскоп фирмы Karl Storz) с июля 2008 года прооперировано 18 пациенток в возрасте от 23 до 45 лет. На этапе освоения транслюминальной (трансвагинальной) техники операций лапароскопии, по нашему мнению, является обязательным сопровождением с целью поддержки и, самое главное, обеспечения безопасности процедуры. При наборе некоторых навыков транслюминальной хирургии роль лапароскопии остается в виде «руки помощи». Хотя эта поддержка зависит от опыта хирурга и уровня развития NOTES.

### Результаты

18 пациенткам нами проведены следующие операции: аднексэктомия (у 3 пациенток), тубэктомия (у 5 пациенток), хирургическая стерилизация (у 5 пациенток), консервативная миомэктомия (у 2 пациенток), двусторонняя овариотомия (у 3 пациенток). Мы использовали трансвагинальный доступ как наиболее безопасный и не вызывающий проблем при закрытии доступа после завершения операции. При 5 операциях мы использовали лапа-

роскопическую поддержку через пупочный троакар. В первую очередь для визуального контроля введения гибкого эндоскопа. По мере набора опыта начали выполнять NOTES без лапароскопической поддержки. Продолжительность операций составила от 45 до 90 минут. В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Пациентки активизировались в первые сутки после операции, болевой синдром был минимальным и не требовал назначения наркотических анальгетиков. Все пациентки выписаны на 2-е сутки в удовлетворительном состоянии. При повторных посещениях пациентки жалоб не предъявляли.

### Заключение

Гибкая оптика открывает перед хирургом очень широкие возможности по визуализации брюшной полости — инструмент позволяет осмотреть любую точку брюшной полости с любого ракурса. Инверсированный доступ позволяет сделать более полноценную обзорную эндоскопию. Это особенно важно при наличии анатомических девиаций (спаечный процесс, кистозные изменения и т. д.). Но при этом он более ограничен для манипуляций и проведения инструмента через эндоскоп требует выпрямления эндоскопа. В то же время такие широкие возможности оборудования требуют от хирурга освоения и совершенствования новых практических навыков — работа с гибкой оптикой и гибкими инструментами. Второе, но не менее важное, требование — слаженность действий членов хирургической бригады, полное взаимопонимание между хирургом и ассистентом. Причем подобное классическое распределение ролей в бригаде уже не подходит для NOTES. Роли обоих хирургов являются главными и равными. Использование только трансвагинального доступа максимально увеличивает косметичность операции.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

© Н. В. Яковлева

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», Ленинск-Кузнецкий, Россия

### Актуальность проблемы

Вопросы, связанные с диагностикой и лечением острых гинекологических заболеваний, остаются весьма актуальными. При оказании экстренной помощи гинекологическим больным часто используется лапаротомный доступ и излишний радикализм, что в дальнейшем может приводить к нарушению менструальной и детородной функций у женщин.

### Цель исследования

Повышение качества лечения пациенток с острыми гинекологическими заболеваниями на основе использования малоинвазивных операций.

### Материал и методы

Мы проанализировали результаты хирургического лечения 842 женщин в возрасте от 18 до

50 лет с острой гинекологической патологией. Структура острых гинекологических заболеваний по данным лапароскопии была представлена следующим образом: эктопическая беременность — 270 (32,1%), гнойные воспалительные заболевания органов малого таза — 220 (26,1%), апоплексия яичника и разрыв кист яичника — 215 (25,5%), перекрут придатков матки — 12 (1,4%), миома матки с нарушением питания узла или рождающимся миоматозным узлом — 120 (14,3%), перфорация матки — 5 (0,6%).

Эндоскопический метод лечения внематочной беременности применен у 100% (270) больных. Радикальные операции выполнены 113 пациентам при значительном повреждении маточной трубы плодным яйцом и при незаинтересованности женщины в сохранении маточной трубы. У 157 (58,1%) пациенток с нереализованной репродуктивной функцией проведены органосохраняющие операции. Характер органосохраняющей операции зависел от размеров и локализации плодного яйца. При его имплантации в ампулярном отделе трубы и небольшом сроке беременности в 12 случаях проводилось осторожное выдавливание плодного яйца без рассечения стенки маточной трубы. У большинства пациенток (80%) проводилась сальпингостомия: рассечение маточной трубы в месте локализации плодного яйца, удаление его щипцами, промывание и гемостаз микробиполярком. При невозможности осуществить гемостаз после удаления плодного яйца из плодместилища 21 женщине выполнена сегментарная резекция маточной трубы. Всего отслежены результаты эндоскопического лечения внематочной беременности у 142 пациенток (из 270): нормальная проходимость маточных труб наблюдалась у 71,1% (101), маточная беременность наступила у 53 (37,3%), повторно внематочная беременность — у 9,8% (14), стеноз и обструкция маточной трубы выявлена у 41 пациентки, что потребовало в дальнейшем проведения реконструктивно-пластических операций.

Одним из дискуссионных вопросов остается проблема применения лапароскопического доступа в лечении пациенток с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза. Нами использовались различные доступы при лечении гнойных процессов гениталий: лапаротомный, трансвагинальный, лапароскопический. Выполнены следующие оперативные вмешательства: лечебно-санационная лапароскопия — 54, сальпингэктомия — 51, вскрытие и дренирование абсцесса позадиматочного углубления — 25, аднексэктомия — 31, гистерэктомия — 35, сальпингостомия и динамическая лапароскопия — 24. Лапароскопический доступ был использован у 81,8% (180) пациенток.

Маточная беременность наступила у 74 (33,6%) больных, менструальная функция сохранена у 185 (84%). Использование пролонгированного лапароскопического лечения при пиосальпинксах, tuboооариальных абсцессах позволило уменьшить количество радикальных операций на 50%. После пролонгированного лапароскопического лечения маточная беременность наступила у 8 из 24 (33%) женщин, окклюзия маточных труб выявлена у 16. В дальнейшем женщинам, перенесшим воспалительные заболевания матки и придатков, потребовалась реабилитация в плане восстановления детородной функции с использованием современных технологий.

Приоритетным методом лечения разрыва кист и апоплексии яичника явился лапароскопический метод и органосохраняющий подход, даже при массивном внутрибрюшном кровотечении. Выполнено 215 оперативных вмешательств: коагуляция кровоточащих сосудов яичника — 45, цистэктомия — 154, резекция яичника — 16. Удаление яичника или придатков матки при апоплексиях мы не проводили. Перекрут придатков матки выявлен нами при лапароскопическом обследовании у 12 пациенток. При выраженных некротических изменениях в придатках матки 4 женщинам проведена аднексэктомия, у 8 удалось сохранить придатки путем проведения их деторсии.

При нарушении питания в миоматозном узле у 71 женщины с нереализованной детородной функцией проводилась консервативная миомэктомия с ушиванием ложа миоматозного узла лапароскопическим доступом. При рождающихся миоматозных узлах у 49 пациенток проведена трансцервикальная электрохирургическая или механическая миомэктомия при помощи гистерорезектоскопа, что позволило избежать лапаротомии и гистерэктомии.

При перфорации матки после различных внутриматочных вмешательств использовался лапароскопический доступ: коагуляция кровоточащих сосудов в области перфорационного отверстия биполярком в 2 случаях, ушивание перфорационного отверстия викрилом в 3.

## Заключение

Таким образом, наш опыт применения современных малоинвазивных технологий, являющихся альтернативой лапаротомным операциям при острой гинекологической патологии, свидетельствует об их высокой эффективности в плане сохранения здоровья и репродуктивной функции у женщин. Эндоскопические методы лечения экстренных гинекологических заболеваний отличаются минимальной инвазивностью, хорошей переносимостью, короткими сроками реабилитации и пребывания в стационаре.