

Однако хотелось бы отметить, что ориентация только на клинические проявления позволяет заподозрить заболевание лишь у 10 %. Поэтому всю диагностику мы строили на результатах ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС). Ультразвуковая диагностика осуществлялась с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков. В качестве дифференциально-диагностического критерия между первичным и вторичным варикозом использовали пробу Вальсальвы. При выполнении данной пробы увеличение диаметра вен более чем на 2 мм считали признаком рено-овариального рефлюкса.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Наше исследование показало, что у 24 пациенток (75 %) наблюдались хронические боли в нижних отделах живота, которые возникали после длительных статических и динамических нагрузок и усиливались во вторую фазу менструального цикла. У 22 человек (69 %) отмечалась диспареуния. И только лишь у 8 пациенток выявлено варикозное расширение поверхностных вен в промежности и ягодичных областях. При выполнении УЗДС выяснилось, что варикозно-расширенные вены таза имеют 18 человек (56 %). Средний диаметр первично варикозно-расширенных овариальных вен составил  $7,01 \pm 0,5$  см.

### ВЫВОДЫ

Причины так называемых хронических тазовых болей многочисленны, и одно из ведущих мест среди них занимает варикозное расширение вен малого таза. Это достаточно частая патология, которая нуждается в проведении дальнейших исследований. Ориентируясь только на клинические проявления заболевания можно заподозрить заболевание лишь в небольшом проценте случаев. Поэтому УЗДС выступает в роли незаменимого помощника в постановке диагноза, являясь миниинвазивным и высокоинформативным методом диагностики варикозного расширения вен таза.

**В.В. Шапов**

## ОДНОПОРТОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ – БУДУЩЕЕ ИЛИ ТУПИКОВАЯ ВЕТВЬ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ?

*МБУЗ ШР «Шелеховская ЦРБ» (Шелехов)*

### ВВЕДЕНИЕ

Наверное, ни одна отрасль современной науки не развивается столь стремительно, как хирургия. Последние два десятилетия мы стали свидетелями появления и быстрого прогресса эндоскопической технологии. Параллельно с традиционной эндоскопической хирургией развивается эндоскопия через естественные физиологические отверстия (NOTES-технология), одной из разновидностей которой является однопортовая лапароскопия, имеющая разные названия в англоязычной и отечественной литературе (SILS, ЕЛД – единый лапароскопический доступ).

Представляем наш опыт выполнения операций из единого лапароскопического доступа (ЕЛД) с использованием оригинального набора инструментов по проф. Дапри. Активное развитие данной методики насчитывает немногим более 3 лет, максимальный опыт выполнения подобных операций «в одних руках» по литературным данным составляет несколько десятков операций.

**Целью работы** явилась оценка возможности выполнения однопортовых операций в абдоминальной эндоскопической хирургии, их эффективности и безопасности, а также преимуществ перед стандартными лапароскопическими вмешательствами.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С апреля 2010 г. по март 2011 г. выполнено 27 холецистэктомий по методике единого лапароскопического доступа. Трое пациентов – мужчины от 46 до 63 лет (средний возраст – 53,6); остальные ( $n = 24$ ) – женщины в возрасте от 29 до 61 года (средний возраст – 44,1).

Операции выполняли на эндовидеокомплексе «Olimpus Visera Pro» под эндотрахеальным наркозом. В качестве устройства доступа применяли одноразовый трипорт SILS, «Covidien», США; многоразовый трипорт фирмы «МФС», Казань и квадропорт X-Cone, Karl Storz, Германия.

Хирургическая бригада состояла из 3 человек: оперирующий хирург расположен между ног пациента, ассистент справа от оператора при мониторе, установленном слева от больного; операционная сестра слева от пациента.

Для выполнения операции пользовались 35-сантиметровым лапароскопом 10 мм с 30° оптикой и оригинальной изогнутой формы инструментами из набора профессора Daпри без изгибаемой рабочей

части (диссектор, граспер, крючок, ножницы). Доступ осуществляли в 6 случаях параумбиликально, окаймляя пупок разрезом по верхней его полуокружности (необходимость симультантной коррекции пупочной грыжи); в последующих случаях разрез располагали непосредственно в пупочном кольце, продольно рассекая его на протяжении 2 – 2,5 см, не выходя за его пределы. Далее устанавливали один из вышеуказанных устройств доступа и создавали карбоксиперитонеум с внутрибрюшным давлением 12 мм рт. ст.

Захват желчного пузыря за шейку осуществляли изогнутым граспером. Дополнительную фиксацию дна желчного пузыря лигатурой через переднюю брюшную стенку не применяли. В 8 случаях (33 %) в связи с техническими трудностями дополнительно устанавливали от 1 до 2 дополнительных портов (методика SILS +, +, +). В 2-х случаях (7,4 %) допущено повреждение стенки органа изогнутым граспером захвата при тракциях за дно пузыря, что потребовало санации подпеченочного пространства.

Элементы треугольника Кале выделяли с помощью изогнутого коагуляционного крючка (в варианте фирмы «МФС» с возможностью ротации рабочей части); а также с использованием диссектора, подключенного к монополярной коагуляции. Пересечение пузырных протока и артерии производили после предварительного клипирования 5-мм клипсами. Отмечено удобное извлечение из брюшной полости желчного пузыря при использовании квадропорта X-Cone, Karl Storz (удаляется вместе с портом без контакта с брюшной стенкой, нет необходимости дополнительного расширения раны для извлечения органа).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Отмечена особая сложность выполнения данных операций, обусловленная отсутствием триангуляции инструментария и в связи с этим удобного, близкого к 90° угла сочленения рабочих частей в зоне интереса; «конфликта» инструментов при расположении их в одной плоскости и на одном уровне по отношению к рукам оператора и ассистента (при одинаковой длине лапароскопа и рабочих инструментов, равных 35 см); отсутствия возможности разнонаправленной тракции желчного пузыря для создания наилучшей экспозиции и визуализации треугольника Кале. Эти факторы существенно увеличивают длительность операции (среднее время SILS-холецистэктомии 76 – 107 минут). Даже простая замена изогнутого инструмента в ходе операции требует особой осторожности, в связи с необходимостью «слепого» проведения в брюшной полости по сложной траектории до зоны хирургического интереса и опасностью повреждения органов живота.

В этой связи, более удобным для диссекции элементов треугольника Калло отметили использование диссектора с монополярной коагуляцией, нежели коагуляционного крючка; так как при случайном повреждении пузырной артерии есть возможность немедленного ее захвата и коагуляции без потери времени и экспозиции, неизбежных при замене инструмента. Полезным было бы иметь в арсенале инструментария 5-мм лапароскоп длиной 50 – 60 см, что разобщило бы при работе рукоятки инструментов в одной плоскости; а также инструментов с изгибаемой рабочей частью. В списке других недостатков операции — необходимость большого потока газа в брюшную полость за счет его утечки при инверсионных движениях инструмента в рабочих портах и частого соскальзывания манжет при «заламывании» инструментов в точке фиксации (порт).

Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. Мы не заметили особых преимуществ методики в плане уменьшения болевого синдрома по сравнению с традиционными лапароскопическими операциями. С целью обезболивания в обоих случаях требовалось от одной до трех инъекций ненаркотических анальгетиков. Длительность пребывания в стационаре также соотносилась в обоих случаях (1 – 2 послеоперационных койко/дня).

Отчетливым преимуществом однопортовой лапароскопии является ее безусловный косметический результат. При продольном доступе в пупочном кольце не остается никаких видимых следов операции.

### ВЫВОДЫ

Первый опыт оставляет неоднозначное впечатление. Стоит ли в угоду косметическому результату (который при стандартной лапароскопии сам по себе неплох) и «мифическим» реабилитационным преимуществам идти на сознательное увеличение времени операции; ее техническое усложнение, порой сопряженное с нарушением принципов «безопасности» пациента? Наше мнение заключается в том, что развитие абдоминальной лапароскопии должно идти по пути расширения видов и объема вмешательств. При этом количество установленных через брюшную стенку портов не имеет никакого значения, так как сохраняется ее целостность и, соответственно, минимальная травматизация. Возможно, первое впечатление изменится по мере накопления опыта и применения методики при других заболеваниях органов брюшной полости, а также по мере приобретения инструментария с изгибаемой рабочей частью. Выполнение подобных операций с вышеуказанным набором инструментов безопасно для пациента.