

УДК 618.1-08-039.74:616.381-072.1

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОПОРТОВОЙ ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

М.И. Мазитова, К.Х. Фатыхов, Е.Ю. Антропова, ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»

Антропова Елена Юрьевна – e-mail: antropoval@mail.ru

Лапароскопическая хирургия единого доступа представляет собой новую многообещающую технологию выполнения минимально травматичного вмешательства посредством одного прокола в области пупка. В статье представлен первый опыт выполнения однопортовой трансумбиликальной лапароскопии у гинекологических больных в ургентной гинекологии. Опыт показывает возможность выполнения необходимых манипуляций в полости малого таза при внематочной беременности и применения данного доступа в ургентной гинекологии, что открывает большие возможности применения новых технологий в эндовидеохирургии в гинекологии и перспективность развития транслюминальной хирургии.

Ключевые слова: однопортовая трансумбиликальная лапароскопия, ургентная гинекология.

Laparoscopic surgery is a single access represents a new promising technology to perform minimally traumatic intervention through a puncture in the navel. The article presents the first experience of Single-transumbilical laparoscopy in gynecological patients in emergency obstetrics. Experience has shown the possibility of completing the necessary manipulation in the pelvic cavity with an ectopic pregnancy and use of this access in emergency gynecology, which opens up great possibilities of applying new technologies in Endoscopic surgery in Gynecology and promising development transluminal surgery.

Key words: Single-port laparoscopy transumbilical, emergency obstetrics.

Минимизация доступа – закономерный шаг, отражающий новый виток развития малоинвазивной хирургии. Этот шаг направлен на улучшение качества оказания медицинской помощи и эстетических результатов операции. Тенденция минимизации хирургического доступа прослеживается на протяжении всей истории хирургии. Последние пять лет такое направление стало отчетливо прослеживаться и в малоинвазивной хирургии. В основе стратегии минимизации оперативного доступа лежат последние новейшие достижения оперативной эндоскопии и лапароскопической хирургии, позволяющие реализовать все этапы операции через один небольшой доступ протяженностью 1–3 см по методикам эндоскопического транслюминального вмешательства (Natural Orifice Trans Endoscopic Surgery – N.O.T.E.S.) или лапароскопического вмешательства с использованием устройства для единого доступа [1–3].

Отличительной особенностью эндоскопических транслюминальных вмешательств является использование в качестве оперативного доступа естественных отверстий организма. В настоящее время для проведения вмешательства используются гибкие операционные видеоэндоскопы, мани-

пуляции выполняются инструментами, проводимыми через каналы эндоскопов или параллельно аппарату. Подобная оперативная техника может также использоваться при осуществлении доступа к органам брюшной полости через небольшой разрез в пупочной области (Trans Umbilical Endoscopic Surgery – T.U.E.S.). Лапароскопическая хирургия единого доступа представляет собой новую многообещающую технологию выполнения минимально травматичного вмешательства посредством одного прокола в области пупка – естественного рубца, подаренного человеку природой [4, 5]. Первые публикации, посвященные применению NOTES на пациентах (трансвагинальная холецистэктомия), появились в 2007 году [6]. Из имеющихся литературных данных операции на органах малого таза транслюминальным доступом проводились только в эксперименте [7].

Нами выполнено 7 лапароскопических вмешательств по T.U.E.S – технологии доступа к органам брюшной полости через небольшой разрез в пупочной области. Из них 5 вмешательств по поводу трубной беременности, 2 – по поводу простой серозной кисты яичника. Перед операцией с пациентами проведена предварительная беседа с разъяснениями

преимуществ и возможных осложнений данного доступа, с последующим подписанием «информированного согласия». Средний возраст пациенток составил $28 \pm 5,0$ лет. Операцию начинали следующим образом: выполняли послойную лапаротомию через пупок длиной 2,5 см. Под визуальным контролем в переднюю брюшную стенку устанавливали единый порт (фирмы ППП, г. Казань (рис. 1)), через который вводили лапароскоп и два инструмента для однопортовой операции. Используемые нами инструменты (фирмы ППП, г. Казань) предназначены для данного вида эндоскопического вмешательства имели адаптированную длину и изгиб.

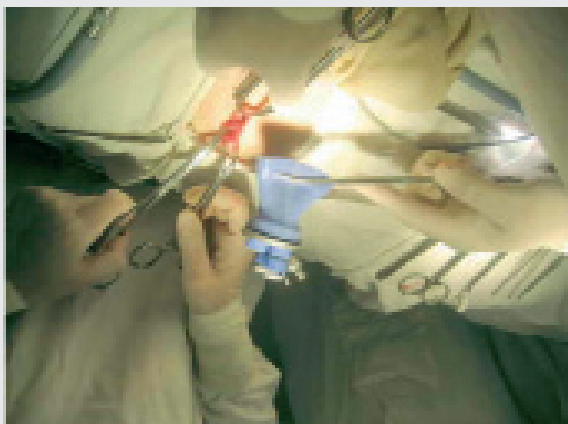


РИС. 1.
Установка порта.

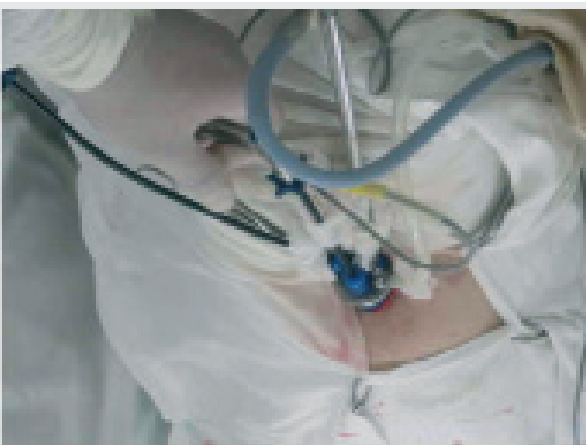


РИС. 2.
Работа через порт.

Учитывая стадию трубной беременности, отсутствие у пациенток желания сохранить фертильность во всех случаях трубной беременности, проведена сальпингэктомия, с последующей санацией брюшной полости. При кисте яичника проведено вылущение ее. При оперативном вмешательстве применяли 10 мм лапароскоп 5 мм диссекторы и использовали монополярную коагуляцию. Единственная

пупочная рана была ушита послойно с наложением внутрикожного шва, без деформации пупка (рис. 3).

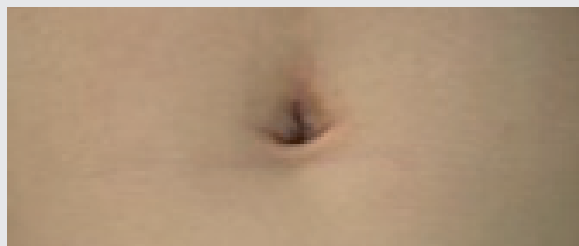


РИС. 3.
Пациентка Х. Через 1 месяц после операции.

Ни один из случаев не потребовал установки дополнительных портов. Длительность первой операций составила 45 мин., укорачиваясь к последней до 25 ($32,5 \pm 12,5$). Двигательная активность без ограничений пациенток началась тотчас после пробуждения. В послеоперационном периоде больные отмечали менее выраженный болевой синдром, т. к. он локализовался только в области единственной раны.

Таким образом, наш небольшой опыт трансумбиликальных вмешательств показывает возможность выполнения необходимых манипуляций в полости малого таза при внематочной беременности и применения данного доступа в ургентной гинекологии, что открывает большие возможности применения новых технологий в эндовидеохирургии в гинекологии и перспективность развития транслюминальной хирургии. Оценка клинических и иных аспектов применения данной методики требует накопления клинических наблюдений и проведения дальнейших изысканий, неоспоримым является косметический эффект, порой так необходимый гинекологическим пациенткам.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Cope C. Creation of compression gastroenterostomy by means of the oral, percutaneous, or surgical introduction of magnets: feasibility study in swine. // J. Vasc. Interv. Radiol. 1995. V. 6. P. 539–545.
2. Fritscher-Ravens A, Mosse C.A., Mukherjee D. et al. Transluminal endosurgery: single-lumen access anastomotic device for flexible endoscopy. // Gastrointest. Endosc. 2005. V. 58. P. 585–591.
3. Hochberger J., Lamade W. Transgastric surgery in the abdomen: the dawn of a new era? // Gastrointest. Endosc. 2005. V. 62. P. 293–296.
4. Kalloo A.N., Singh V.K., Jagannath S.B. et al. Flexible transgastric peritoneoscopy: a novel approach to diagnostic and therapeutic interventions in the peritoneal cavity // Gastrointest. Endosc. 2004. V. 60. P. 114–117.
5. Kantsevoy S.V. et al. Endoscopic gastrojejunostomy with survival in a porcine model. // Gastrointest. Endosc. 2005. V. 62. P. 287–292; V. 61. P. 601–606.
6. Reddy D.N., Rao G.V. Transgastric approach to the peritoneal cavity: are we on the right track? // Gastrointest. Endosc. 2007. V. 65. P. 501–502.
7. Shih S.P., Kantsevoy S.V., Kalloo A.N. et al. Hybrid minimally invasive surgery—a bridge between laparoscopic and transluminal surgery. // Surg. Endosc. 2007. V. 21. P. 1450–1453.