

©В.В. Евдокимова, Стефано Анжиони, А.А. Ефименко

## ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ОДНОПОРТОВОГО ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЭНДОМЕТРИОМАМИ ЯИЧНИКОВ

*Украина, Одесса, Военно-медицинский центр Южного региона, клиника гинекологии;  
Италия, г. Кальяри, Медицинский университет, отделение гинекологии и акушерства;  
Украина, г. Киев, отделение гинекологии «Универсальной клиники "Оберег"»*

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПОКАЗАННЯ ДО ВИКОРИСТАННЯ ОДНОПОРТОВОГО ЛАПАРОЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІЗ ЕНДОМЕТРИОМАМИ ЯЄЧНИКІВ. У всіх пацієнток післяопераційний період був без ускладнень та хворі були виписані із стаціонару на 3-ю добу в задовільному стані із нормальними показниками загально-клінічних методів дослідження. Летальних випадків не було.

Тривалість 3-х портової лапароскопічної операції коливалася від 45 до 120 хвилин (у середньому  $92 \pm 5,1$  хв).

Тривалість операції при використуванні одного порта коливалася від 30 до 90 хвилин (у середньому  $62 \pm 2,2$  хв).

Ускладнень у ранньому та віддаленому післяопераційному періодах не відмічалось.

У всіх пацієнток досягнут добрий косметичний ефект: через 1–1,5 місяці шкіра в місті розрізу була без вираженого кольору.

Не було статистично значимої різниці між двома групами у відношенні исходних характеристик. Зменшення кількості днів перебування у стаціонарі: як слід, на 2–3 добу пацієнтка була виписана із гінекологічного стаціонара, а через неділю їй видался шов та жінка верталася до свого звичного образу життя.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ОДНОПОРТОВОГО ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЭНДОМЕТРИОМАМИ ЯИЧНИКОВ. У всех пациенток послеоперационный период протекал без существенных осложнений, все больные были выписаны из стационара на 3-и сутки в удовлетворительном состоянии с нормальными показателями обще-клинических методов исследования. Летальных исходов зафиксированно не было.

Продолжительность 3-х портовой лапароскопической операции колебалась от 45 до 120 минут (в среднем  $92 \pm 5,1$  мин.).

Продолжительность операции при использовании одного порта колебалась от 30 до 90 минут (в среднем  $62 \pm 2,2$  мин.).

Осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах не отмечалось. У всех пациенток был достигнут хороший косметический эффект: через 1–1,5 месяца кожа в месте разреза становилась менее темного цвета.

Не было статистически значимой разницы между двумя группами в отношении исходных характеристик. Уменьшение количества дней пребывания в стационаре – на 2–3 сутки пациенток выписывали из гинекологического стационара, а через неделю им удаляли шов и женщины возвращались к своему привычному образу жизни.

SELECTION OF OPTIMAL TREATMENT AND INDICATIONS LAPAROSCOPIC SINGLE-ACCESS FOR WEMAN OF REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIOSIS OF OVARIES. In all patients, the postoperative period was without significant complications, all patients were discharged from hospital on the third day in a satisfactory condition with a normal general clinical research methods. Deaths were recorded.

Duration 3-port laparoscopic surgery ranged from 45 to 120 minutes (mean  $92 \pm 5,1$  min).

Duration of operation using a single port ranged from 30 to 90 minutes (an average of  $62 \pm 2,2$  min).

Complications in early and late postoperative periods were observed.

All patients had achieved a good cosmetic effect: 1-1.5 months in the skin incision became less dark in color.

There was no statistically significant difference between the two groups with respect to baseline characteristics. Reducing the number of days of hospital stay – 2-3 days patients discharged from hospital gynecology, and a week later they removed the seam and the women returned to their normal life.

**Ключові слова:** однопортова лапароскопія, ендометріоми яєчників, гемоперитонеум.

**Ключевые слова:** однопортовая лапароскопия, эндометриомы яичников, гемоперитонеум.

**Key words:** single-port laparoscopy, endometriosis of ovaries, hemoperitoneum.

**ВВЕДЕНИЕ.** В современном мире гинекологии лапароскопия – это эндоскопический, хирургический метод диагностики и лечения заболеваний органов, находящихся в брюшной полости и в малом тазу. Первостепенным техническим отличием при данном эндоскопическом хирургическом вмешательстве от классической хирургии является то, что операции, проведенные путём эндоскопических технологий, выполняются с помощью тонкой трубки, которая оснащена

специально оборудованной видеокамерой – эндоскопом и, соответственно, микроинструментами – манипуляторами, непосредственно вводимых через переднюю брюшную стенку (миниразрез до 1 см) в брюшную полость через один или несколько проколов.

В украинской хирургической школе ранее выполнялись только лапароскопии 2-х или 3-х троакарные методики доступа (5,6). Но новейшим достижением в эндоскопической хирургии явилось использование

лапароскопических оперативных вмешательств, при которых объединены все троакары и инструменты в единой точке доступа – это однопортовая (однопрокольная) лапароэндоскопическая хирургия – Single-Port Incision Laparoendoscopic Surgery (SILS). Наиболее часто однопортовая лапароскопия в гинекологии используется при репродуктивной хирургии (в лечении бесплодия, например, обусловленного наличием эндометриозной болезни), для которой очень важным является наименьшая травматизация тканей, быстрое восстановление после операции в каждом конкретном случае.

С помощью однопортовой лапароскопии можно выполнить такие операции:

- ◆ Лапароскопическое рассечение спаек в области фаллопиевых труб и яичников;
- ◆ Лапароскопическое туботомия/тубектомия при гидросальпинксе;
- ◆ Лапароскопический дреллинг – коагуляция яичников при синдроме поликистозных яичников;
- ◆ Лапароскопическое удаление кист и кистозных образований яичников;
- ◆ Лапароскопическое удаление миоматозных узлов (консервативная миомэктомия);
- ◆ Удаление матки (гистерэктомия);
- ◆ Иссечение и коагуляция очагов эндометриоза.

Цель исследования. Выбор оптимального варианта хирургического лечения, определение показаний к использованию данного метода, его преимущества и анализ полученных данных при однопортовом лапароэндоскопическом доступе у гинекологических больных с эндометриозом яичников.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В универсальной клинике «Обериг» накоплен опыт более 100 лапароскопических хирургических вмешательств однопортовым доступом. Из них, операции по поводу разрыва кисты желтого тела яичника – 49 (48,0 %), эндометриозной кисты яичника – 24 (23,5 %) и внематочной беременности – 30 (29,4 %). Ургентные гинекологические состояния, как разрыв кисты желтого тела и эндометриомы яичника были отмечены в 9 случаях. Гемоперитонеум более 300 мл, обнаруженный во время операции, имел место у 8 больных. Причинами возникновения ургентной ситуации являлись наличие полового акта и чрезмерная физическая активность. Повреждения других органов были отмечены в 1 (0,013 %) случае из-за технической ошибки. Возраст пациенток составил от 21 до 41 года.

Технически операция выполнялась стандартно: премедикация, наркоз, операционное поле обрабатывалось как и при 3-х портовом доступе. Специфическими отличиями служили: оптимальная точка прокола передней брюшной стенки иглой Вереша – по белой линии, отступая 2–3 см каудальнее от пупка. При давлении в брюшной полости 12 мм рт. ст. иглу Вереша удаляли и в ту же точку вводили укороченный резбовой троакар диаметром 11 мм. Вводили лапароэндоскоп с инструментальным каналом, производили ревизию брюшной полости, ее органов, и эндоскопическим зажимом яичники с обеих сторон фиксировали с брюшной стенкой с помощью хирургической иглы с лигатурой. Биполярным диссектором

и эндоскопическими ножницами коагулировались сосуды и отсекали связку яичника. Контроль гемостаза. При помощи универсального зажима в брюшной полости осуществлялся должный объем операции. Удаленный орган извлекали через трансумбиликальный доступ вместе с портом и с последующим извлечением всего хирургического инструментария. Дренаж. Операционная рана послойно ушивалась узловыми швами. На кожу накладывался косметический шов викрилом.

Диагностировали ургентную хирургическую патологию комплексным анамнезическим и лабораторно-инструментальным исследованием: данные анамнеза, клиники заболевания, общий анализ крови, биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, уровень хорионического гормона в крови, определение маркера яичника СА-125, ультразвуковое исследование органов малого таза и органов брюшной полости.

Хирургическая тактика лечения зависела от сроков выявления, поступления пациентки в стационар и объема кровопотери, а также общесоматического состояния каждой конкретной пациентки.

Клинические эффекты применяемого метода эндоскопического вмешательства сравнивали с ретроспективными данными применения традиционного, трехтроакарного метода в клиниках «Обериг» (г. Киев) и ВМКЦЮР (г. Одесса). Размеры выборки группы ретроспективного контроля составили 220 случаев. Интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде оценивали по визуальной аналоговой шкале (VAS).

Статистическую обработку полученных результатов проводили путем анализа таблиц сопряженности с применением критерия  $\chi^2$  с коррекцией на непрерывность по Йетсу.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** В послеоперационном периоде у 1 женщины имело место внутрибрюшное кровотечение, выполнялась релапароскопия, а у 2 пациенток – нагноение послеоперационного шва. У остальных пациенток послеоперационный период протекал без осложнений, больные были выписаны из стационара на 3-и сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии, с нормальными показателями общеклинических методов исследования. Летальных исходов не было. Продолжительность 3-х портовой лапароскопической операции колебалась от 45 до 120 минут (в среднем  $92 \pm 5,1$  мин.). Продолжительность операции при использовании одного порта колебалась от 30 до 90 минут (в среднем  $62 \pm 2,2$  мин.). Осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не отмечалось.

У всех пациенток достигнут хороший косметический эффект. Не было статистически значимой разницы между двумя группами в отношении исходных характеристик (возраст, индекс массы тела). Не отмечалось разницы между стандартной 3-х портовой лапароскопической и однопортовой в отношении продолжительности операции ( $57 \pm 4,2$  против  $42 \pm 3,3$  минут), объеме кровопотери ( $100 \pm 28$  против  $60 \pm 22$  мл), средней продолжительности госпитализации (2 дня

в обеих группах) и общей потребности в Sol. Promedoli 1%, 1,0 ml (4,0 ml против 1,0 ml).

Ни одному пациенту не потребовалась во время операции гемотрансфузия. У одной пациентки в группе стандартной лапароскопии развилась инфекция послеоперационного шва, что потребовало дополнительного применения антибактериальной терапии. В группе лапароскопической однопортовой хирургии осложнений не отмечалось.

В первые двое суток после операции интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале у пациенток, оперированных однопортовым лапароскопическим доступом была существенно ниже ( $3,9 \pm 0,1$  баллов), чем у пациенток, оперированных традиционным лапароскопическим 3-х портовым доступом ( $4,7 \pm 0,2$ ). В последующие дни интенсивность болевого синдрома у обеих групп больных была одинаковой – хотя индекс по визуальной аналоговой шкале был ниже в группе однопортового вмешательства, по сравнению со стандартным лапароскопическим доступом, на каждый день после операции, статистически значимых различий по данному показателю обнаружено не было ( $p > 0,05$ ).

**ВЫВОДЫ.** В результате отмечено, что однопортовая хирургия позволяет оценить главные преимущества:

- значительно меньшая травматичность (использование естественного отверстия (пупочного кольца) для входа в брюшную полость;
- отсутствие косметического дефекта после хирургического вмешательства;
- в сравнении с лапаротомией, лапароскопия, является более безопасным и менее дорогим методом лечения, который к тому же требует меньше времени для восстановления в послеоперационном периоде;

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Старков Ю. Г. [и др.] Минимизация доступа в минимально-инвазивной хирургии – тенденция или необходимость / Ю. Г. Старков, А. Ф. Федоров, К. В. Шишин // Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2010. – Т. 5, №1. – С. 57.
2. Отт Д. О. Вентроскопия // Журнал Акушерства и женских болезней. – 1901. – № 15. – с. 1045–1049.
3. Bessler M, Stevens PD, Milone L, et al. Transvaginal laparoscopic cholecystectomy: laparoscopically assisted. SAGES Meeting. 2007;V029.
4. Curcillo PG 2nd, Wu AS, Podolsky ER, et al. Single-port-access (SPA) cholecystectomy: a multi-institutional report of the first 297 cases. Surg Endosc. 2010 Aug; 24(8):1854-60.
5. Decarli L.A., Zorron R., Branco A., et al, New hybrid approach for NOTES transvaginal cholecystectomy: preliminary clinical experience. Surg Innov. 2009 Jun;16(2):181–6.
6. Dolz C, Noguera J. F., Martнn A, Vilella A, Cuadrado A. Transvaginal cholecystectomy (NOTES) combined with minilaparoscopy. Rev Esp Enferm Dig. 2007 Dec;99 (12):698–702.
7. Einarsson J.I. Single-Incision Laparoscopic Myomectomy // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2010. – Vol. 17, N.3. – P. 371–373.
8. Escobar P.F., Bedaiwy M.A., Fader A.N., Falcone T. Laparoendoscopic single-site (LESS) surgery in patients with benign adnexal disease // Fertil. Steril. – 2010. – Vol.93, N.6. – P.2074.e7-10.
9. Hawasli A., Kandeel A., Meguid A. Single-incision laparoscopic cholecystectomy (SILC): a refined technique // Am. J. Surg. – 2010. – Vol. 199, N.3. – P. 289–293.
10. Hirano Y, Watanabe T, Uchida T, et al., Single-incision laparoscopic cholecystectomy: single institution experience and literature review. World J Gastroenterol. 2010 Jan 14; 16(2):270-4. Review.
11. Mereu L., Angioni S., Melis G.B., Mencaglia L. Single access laparoscopy for adnexal pathologies using a novel reusable port and curved instruments // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2010. – Vol. 109, N.1. – P.78–80.
12. Prasad A. Single incision laparoscopic surgery. World J Gastroenterol. 2010 Jun 7;16(21):2705-6.
13. Podolsky ER, Curcillo PG 2nd. Single port access (SPA) surgery-a 24-month experience. J Gastrointest Surg. 2010 May;14(5):759–67.
14. Swanstrum L.L, Khajanchee Y., Abbas M.A. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery: The Future of Gastrointestinal Surgery. Perm J. 2008;12(2):42–7.

Отримано 19.01.12 р.