

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОДНОПОРТОВОЙ И ТРЕХПОРТОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Ищенко А.А.¹, Ищенко А.И.^{1,2}, Максимов А.И.¹, Жуманова Е.Н.¹, Тониян К.А.¹

¹ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, 125367, Москва; ²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва

Для корреспонденции: Максимов Артем Игоревич — врач акушер-гинеколог гинекологического отделения № 1 ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, maksimov-ai@yandex.ru

Учитывая современную тенденцию к расширению применения в гинекологии малоинвазивных и малотравматичных оперативных вмешательств, в том числе с использованием одно- и трехпрокольного лапароскопического доступа, провели сравнительный анализ историй болезни пациенток, пролеченных с использованием данных эндоскопических технологий в гинекологическом отделении № 1 ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России.

Ключевые слова: однопрокольная лапароскопия; однопортовая лапароскопия.

USE OF SINGLE-PORT AND THREE-PORT LAPAROSCOPY IN GYNECOLOGY

Ishchenko A.A.¹, Ishchenko A.I.^{1,2}, Maximov A.I.¹, Zhumanova E.N.¹, Toniyan K.A.¹

¹Therapeutic Rehabilitation Center, Moscow, Russian Federation, 125367; ²I.M. Setchenov First Moscow Medical University, Moscow, Russian Federation, 119991

Address for correspondence: maksimov-ai@yandex.ru. Maximov A.I.

The modern trend to wider use in gynecology of little invasive and little traumatic surgical interventions, including single- and three-incision laparoscopic access, prompted us to carry out a comparative analysis of case histories of patients treated with the use of these endoscopic technologies at Gynecological Department of Therapeutic Rehabilitation Center.

Key words: single-incision laparoscopy; single-port laparoscopy.

С 2010 по 2013 г. в гинекологическом отделении №1 «Лечебно-реабилитационного центра» Минздрава России было проведено 32 оперативных вмешательства по поводу объемных образований малого таза с использованием однопрокольного лапароскопического доступа.

В плане подготовки к оперативному лечению пациенткам было рекомендовано клинично-лабораторное обследование, после которого они в плановом порядке были госпитализированы в гинекологическое отделение.

Оперативное лечение с использованием однопрокольного лапароскопического доступа было предложено:

- 15 (47%) пациенткам с предварительным диагнозом «кистома яичника с наличием одностороннего однокамерного кистозного образования яичника размерами до 5 см». В 9 (60%) случаях кистозное образование не превышало диаметра 3 см, в 4 (33%) случаях диаметр образования составлял 3—4 см, у 1 (6,7%) пациентки была диагностирована кистома яичника диаметром 5 см;

- 11 (34%) пациенткам с предварительным диагнозом «параовариальная киста с односторонним поражением и размером образования до 5 см»;

- 4 (12,5%) пациенткам с диагнозом «гидросальпингс»;

- 2 (6,5%) пациенткам с диагнозом «миома матки». Критерием включения послужило наличие единичной миомы матки диаметром до 5 см с субсерозным расположением узла.

Предварительный диагноз был установлен на основании данных ультразвукового исследования (УЗИ)

или магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза и результатов гинекологического исследования.

Критериями исключения для оперативного лечения с использованием однопрокольного доступа являлись:

- объемные образования малого таза более 5 см в диаметре;
- спаечный процесс в малом тазу по данным УЗИ/МРТ;
- наличие сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Средний возраст пациенток составил 27,3 года (18—43 года). У всех пациенток заболевание протекало бессимптомно, болевой синдром на момент осмотра отсутствовал. Данные клинично-лабораторных исследований не выходили за пределы среднестатистической нормы.

В качестве группы сравнения выбраны 40 пациенток с объемным образованием малого таза, госпитализированных в гинекологическое отделение № 1 «Лечебно-реабилитационного центра» Минздрава России в 2013 г. Все пациентки были обследованы и госпитализированы для оперативного лечения в плановом порядке.

Лапароскопия трехпортовым доступом была проведена:

- 23 (57,5%) пациенткам с кистозным образованием яичника;
- 6 (15%) пациенткам с параовариальной кистой;
- 3 (7,5%) пациенткам с гидросальпингсом;
- 8 (20%) с миомой матки, субсерозным расположением узла.

Таблица 1. Интраоперационные данные пролеченных пациенток

Вид лапароскопии	Объем оперативного вмешательства				Средняя кровопотеря, мл	Средняя продолжительность, мин
	цистэктомия	удаление параовариальной кисты	тубэктомия	миомэктомия		
	количество пациенток					
Трехпортовая	23	6	3	8	51	73
Однопортовая	15	11	4	2	35	87

Из группы сравнения были исключены пациентки:

- с множественными объемными образованиями органов малого таза;
- образованиями придатков матки более 5 см;
- миоматозными узлами более 5 см и узлами интрамурального расположения;
- выраженным спаечным процессом по данным УЗИ/МРТ;
- сопутствующей гинекологической и экстрагениальной патологией.

Средний возраст больных составил 24,8 года (16—45 лет). У всех пациенток заболевание протекало бессимптомно, болевой синдром на момент осмотра отсутствовал. Данные клинико-лабораторных исследований не выходили за пределы среднестатистической нормы.

Материал и методы

Все оперативные вмешательства проводили под эндотрахеальным наркозом при стандартном положении пациентки на операционном столе в положении Тренделенбурга и с использованием ножных фиксаторов.

Установку порта SILS™ производили в окологупочной зоне, после чего накладывали карбоперитонеум с внутрибрюшным давлением 9—10 мм в.с. Использовали 30° × 5 мм лапароскоп Storz и набор манипуляторов SILS™. В 3 (9,4%) случаях у пациенток с толщиной передней брюшной стенки более 6 см установка порта была сопряжена с техническими трудностями.

Ни в одном из наблюдаемых случаев расхождения клинического и интраоперационного диагнозов не было.

Согласно ранее намеченному оперативному плану, 15 пациенткам с диагнозом «кистома яичника» была произведена цистэктомия, 11 пациенткам удалена параовариальная киста, 4 пациенткам с диагнозом «гидросальпингс» проведена односторонняя тубэктомия, 2 пациенткам с миомой матки произведена миомэктомия после предварительной коагуляции ножки узла.

Гемостаз осуществлялся с помощью монополярного электрода в режиме коагуляции при мощности 75 Ватт. После санации полости малого таза и дополнительного гемостаза, операционный материал удалялся в эндоскопическом контейнере через контраптертуру.

У всех пациенток интраоперационная кровопотеря была минимальная и не превышала 60 мл, средняя кровопотеря составила 35 мл. Продолжительность оперативного вмешательства варьировалась от 55 до 118 мин, средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 87 мин (табл. 1).

В ходе оперативного вмешательства ни в одном слу-

чае не потребовались установка дополнительного лапароскопических портов или переход на чревосечение.

В послеоперационном периоде проводили плановую обезболивающую, инфузионную и антибактериальную терапию. Активизацию пациенток осуществляли через 18—20 ч после операции.

В основной группе у 26 пациенток болезненность передней брюшной стенки в области оперативного вмешательства сохранялась в течение 1 сут, у 5 пациенток — в течение 2 сут. У 1 пациентки болевой синдром сохранялся в течение 3 сут, что потребовало назначения дополнительной обезболивающей терапии.

В основной группе 21 пациентка оценивала боли по интенсивности как незначительные, 10 женщин — как умеренные, 1 пациентка — как значительные.

Повышения температуры тела в послеоперационном периоде не отмечено. Пациентки были выписаны из стационара под наблюдение врача женской консультации на 3—4-е сутки после операции. Снятие швов проводили на 7—10-й день. Несостоятельности швов, инфильтратов и гематом не выявлено. 9 пациенток оценили косметический эффект как удовлетворительный, 23 пациентки — как хороший.

В контрольной группе болевой синдром сохранялся в течение 1 сут у 15 пациенток, в течение 2 сут у 22, в течение 3 сут у 3.

Интенсивность болей 19 пациенток оценивали как незначительную, 16 пациенток — как умеренную. В 5 случаях потребовалось дополнительное назначение обезболивающей терапии в связи с интенсивными болями в области оперативного вмешательства.

Повышения температуры тела в послеоперационном периоде не отмечалось. Пациентки были выписаны из стационара под наблюдение врача женской консультации на 4—5-е сутки после операции. Снятие швов проводили на 7—10-й день. Несостоятельности швов, инфильтратов и гематом не выявлено. 12 пациенток оценили косметический эффект как удовлетворительный, 26 женщин — как хороший, а 2 — как неудовлетворительный (табл. 2).

Результаты и обсуждение

Проведенное в нашем исследовании сравнение одно- и трехпортовых эндоскопических оперативных вмешательств по поводу объемных образований малого таза показало отсутствие значительных различий в сложности их выполнения. Технические сложности были связаны лишь с установкой порта при однопортовой лапароскопии у пациенток с толщиной передней брюшной стенки более 6 см.

Таблица 2. Данные пролеченных пациенток в послеоперационном периоде

Вид лапароскопии	Продолжительность болевого синдрома, сут			Интенсивность болевого синдрома			Косметический эффект		
	1	2	3	незначительная	умеренная	значительная	неудовлетворительный	удовлетворительный	хороший
	количество пациенток								
Трехпортовая	15	22	3	19	16	5	2	12	26
Однопортовая	26	5	1	21	10	1	0	9	23

По нашему мнению, использование однопрокольной лапароскопии наиболее оптимально при объемных образованиях малого таза диаметром не более 5 см. Ни в одном случае интраоперационная обстановка не потребовала использования дополнительного лапароскопического порта или перехода на чревосечение. Извлечение операционного материала также не было сопряжено с техническими сложностями.

Продолжительность и интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде были значительно ниже после лапароскопических вмешательств однопортовым доступом. Пациентки были раньше активизированы и легче переносили послеоперационный период.

Косметический эффект после однопортовой лапароскопии оценивался пациентками значительно выше, чем после трехпортовой.

Полученные нами данные во многом согласуются с результатами сравнительного анализа использования одно- и трехпортовой лапароскопии в хирургии органов брюшной полости, проведенных другими авторами [1—3]. Однако вопрос показаний и выбора критериев использования однопортовой лапароскопии в оперативной гинекологии остается открытым и требует дальнейших клинических наблюдений.

Заключение

Таким образом, однопортовую лапароскопию можно рекомендовать пациенткам без ожирения с объемными образованиями малого таза диаметром не более 5 см.

Снижение травматизации передней брюшной при однопортовой лапароскопии позволяет уменьшить продолжительность и интенсивность болевого синдрома, улучшить качество жизни и повысить скорость реабилитации больных в послеоперационном периоде. В связи с этим более широкое применение однопортовой лапароскопии можно рекомендовать молодым пациенткам, для которых особенно важен косметический эффект.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Agrusa A., Romano G., Cucinella G., Cocorullo G., Bonventre S., Salamone G. et al. Laparoscopic, three-port and SILS cholecystectomy: a retrospective study. *Il Giornale di Chirurgia*. 2013; 34 (9—10): 249—53.
2. Buckley F.P. 3rd, Vassaur H., Monsivais S., Sharp N.E., Jupiter D., Watson R. et al. Comparison of outcomes for single-incision laparoscopic inguinal herniorrhaphy and traditional three-port laparoscopic herniorrhaphy at a single institution. *Surg. Endosc.* 2014; 28 (1): 30—5.
3. Buckley F.P. 3rd, Vassaur H., Monsivais S., Jupiter D., Watson R., Eckford J. Single-incision laparoscopic appendectomy versus traditional three-port laparoscopic appendectomy: an analysis of outcomes at a single institution. *Surg. Endosc.* 2013; 28 (2): 626—30.

Поступила 09.02.14
Received 09.02.14