

Invenția se referă la medicină, și anume la chirurgie și poate fi utilizată pentru chirurgia laparoscopică în ginecologie la bolnavii operați anterior cu cicatrice longitudinală amplasată pe linia albă a abdomenului.

Este cunoscută metoda de efectuare a operațiilor ginecologice laparoscopice după laparotomie mediană inferioară, care include efectuarea unei butoniere în regiunea paraombilicală a peretelui abdominal, și anume în punctul de intersecție a graniței superioare a inelului ombilical cu linia mediană a abdomenului, introducerea prin ea în cavitatea abdominală a acului Veresh, aplicarea pneumoperitoneului cavității abdominale, înlocuirea acului Veresh cu un laparoscop conectat cu videocamera, executarea butonierelor în două puncte simetrice, amplasate la 3...4 cm mai sus de simfiza pubiană și la 6...7 cm lateral de la linia mediană a abdomenului [1].

Este de asemenea cunoscută metoda de efectuare a operațiilor ginecologice laparoscopice după laparotomie mediană inferioară, care include efectuarea unei butoniere în regiunea paraombilicală a peretelui abdominal, și anume în punctul de intersecție a graniței inferioare a inelului ombilical cu linia mediană a abdomenului, introducerea prin ea în cavitatea abdominală a acului Veresh, aplicarea pneumoperitoneului cavității abdominale, înlocuirea acului Veresh cu un laparoscop conectat cu videocamera, executarea butonierelor în două puncte simetrice, amplasate la 3...4 cm mai sus de simfiza pubiană și la 6...7 cm lateral de la linia mediană a abdomenului [2].

Însă utilizarea metodelor cunoscute poate fi dificilă și periculoasă pentru bolnavii operați anterior cu cicatrice longitudinală, deoarece la astfel de pacienți în urma procesului aderențial în cavitatea abdominală și în bazinul mic, de regulă, marele epiploon și ansele intestinale sunt aderente de peretele abdominal anterior după linia mediană a abdomenului, iar marele epiploon și ansele intestinale sunt aderente de anexele uterine. Din această cauză organele menționate pot fi traumatizate la introducerea acului Veresh. În afară de aceasta, introducerea lui poate genera complicații la aplicarea pneumoperitoneului, deoarece dacă vârful acului Veresh după penetrarea peretelui abdominal anterior se află în lumenul vasului, atunci la administrarea gazului apare embolia gazoasă, ceea ce duce la decesul pacientei în decurs de 2...3 minute. De asemenea, dacă acul Veresh nimereste în țesutul subcutanat sau preperitoneal, precum și în marele epiploon, după administrarea gazului se dezvoltă emfizemul acestora, ceea ce duce la apariția unor senzații subiective neplăcute. În afară de aceasta, amplasarea celor două butoniere, executate pentru introducerea instrumentelor și a manipuloarelor, nu întotdeauna permite de a efectua operația ginecologică laparoscopică asupra organelor bazinului mic optimal și în termene reduse, deoarece poate fi dificilă efectuarea manipulațiilor cu instrumentul introdus, mai ales la bolnavii operați anterior cu cicatrice longitudinală amplasată pe linia albă a abdomenului.

Problema pe care o rezolvă invenția constă în micșorarea cantității și gravității complicațiilor, care apar la efectuarea operațiilor ginecologice laparoscopice la bolnavii operați anterior având o cicatrice longitudinală amplasată pe linia albă a abdomenului, precum și în optimizarea efectuării a astfel de operații.

Problema se soluționează prin aceea că se efectuează o butonieră în punctul de intersecție a graniței inferioare a inelului ombilical cu linia mediană a abdomenului. Apoi se introduce prin ea în cavitatea abdominală perpendicular pe peretele abdominal un troacar, se scoate din el mandrinul și se introduce un laparoscop, se produce pneumoperitoneul. Sub controlul vizual se execută butoniere în două puncte simetrice, amplasate cu 2 cm mai sus de simfiza pubiană și cu 8 cm lateral de la linia mediană a abdomenului, se introduc prin ele două troacare pentru instrumente și manipuloare, se excizează aderențele, dacă este necesar, se efectuează manipulațiile chirurgicale necesare, se înlătură instrumentele și se suturează butonierele.

Executarea unei butoniere în punctul de intersecție a graniței inferioare a inelului ombilical cu linia mediană a abdomenului și introducerea prin ea în cavitatea abdominală perpendicular pe peretele abdominal a unui troacar permite de a evita pe cât este posibil complicațiile legate de puncție, deoarece anume în această regiune anatomică este cea mai mică probabilitatea de traumatizare a vaselor și organelor interne. Introducerea troacarului în cavitatea abdominală dintr-o dată, fără a efectua puncția preliminară a peretelui abdominal prin intermediul acului Veresh, permite de a evita embolia gazoasă, care duce la decesul pacientei. În cazul traumatizării cu troacarul a vaselor marelui epiploon sau mezoului, astfel de complicații se diagnostichează ușor cu ajutorul laparoscopului introdus conectat cu videocamera și ele pot fi înlăturate rapid prin coagularea vaselor. Vasele peretelui abdominal anterior se suturează și se pansează cu mătase. Executarea butonierelor în două puncte simetrice, amplasate cu 2 cm mai sus de simfiza pubiană și cu 8 cm lateral de la linia mediană a abdomenului permite de a utiliza ușor și comod instrumentele și manipuloarele introduse, ceea ce contribuie la efectuarea optimală și rapidă a intervenției laparoscopice. În afară de aceasta, executarea butonierelor în locurile indicate permite de a evita traumatizarea organelor interne.

Rezultatul invenției constă în selectarea optimală a locului pentru executarea butonierelor, precum și reducerea riscului de traumatizare a vaselor și organelor, amplasate retroperitoneal și excluderea complicațiilor legate de introducerea bioxidului de carbon.

Avantajele metodei solicitate sunt: reducerea traumatismului operator al țesuturilor, ce reduce riscul de apariție a bolii aderențiale, și micșorarea perioadei de reabilitare după efectuarea operației. În afară de aceasta, micșorarea timpului de efectuare a operației duce la micșorarea dozei de preparate medicamentoase administrate pentru efectuarea anesteziei, ce reduce riscul de apariție a complicațiilor la anestezie. Unul din avantajele principale ale metodei este evitarea unei astfel de complicații ca embolia gazoasă.

Metoda se realizează în modul următor.

Chirurgul prinde cu mâna dreaptă extremitatea proximală a troacarului în palmă, iar indexul îl plasează pe troacar ca o piedică împotriva pătrunderii excesive și forțate a acestuia în cavitatea abdominală. Se pătrunde cu troacărul perpendicular pe peretele anterior al abdomenului. Manevra se efectuează progresiv, prin mișcări de rotație în ax, cu

prudență, simțind momentele perforării aponevrozei și a peritoneului (senzație de pătrundere în gol). După pătrunderea în cavitatea abdominală din troacar se scoate mandrinul și se controlează dacă acesta este anume în cavitatea abdominală: la ridicarea peretelui anterior al abdomenului din troacar se aude un “șuierat” produs de gazul din cavitatea abdominală, în caz contrar acesta lipsește. Apoi se introduce laparoscopul conectat cu videocamera, iar pe troacar se aplică abducția de gaz, prin intermediul căreia se creează o presiune intraabdominală de 12...15 mm Hg (16 atm. de gaz). Pentru aceasta este nevoie de un dispozitiv de insuflare (Olympus), de gaz (O<sub>2</sub> sau CO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>) și de troacar cu robinet pentru abducția de gaz. Sistemul optic se introduce la nivelul ombilicului. Aici este vârful triunghiului. Pentru a evita complicațiile cauzate de prezența procesului aderențial după laparotomia suportată troacarele mici se vor plasa cu 2 cm mai sus de simfiză și cu 8 cm la dreapta și/sau stânga de incizia longitudinală. Apoi se efectuează examinarea cavității abdominale și a organelor ei. Pentru o vizualizare mai bună a organelor genitale interne introduc încă două troacare cu diametrul mai mic decât primul (aproximativ 5 mm). Locul optimal pentru aplicarea lor sunt punctele simetrice, plasate cu 2 cm mai sus de simfiza pubiană și cu 8 cm lateral de la linia mediană a abdomenului. Din punct de vedere tehnic introducerea lor este identică cu cea aplicată pentru troacarul primar, efectuându-se sub control vizual. S-a apreciat prezența sau lipsa exsudatului, patologiei organelor genitale și gradul procesului aderențial. Laparoscopia chirurgicală s-a finisat cu plasarea unui microirigator de cauciuc în cavitatea micului bazin (fornixului posterior). Apoi se scot pneumoperitoneul și troacarele, se suturează contraperturile și se fixează microirigatorul pe peretele anterior al abdomenului.

*Exemplul 1.* Pacienta A., 28 ani, cu diagnosticul Sterilitate Tubar-Peritoneală, se tratează timp de 5 ani, a primit de multe ori diverse tratamente în legătură cu diagnosticul sus-numit fără succes. Din antecedente a suportat intervenție chirurgicală în legătură cu abdomen acut cauzat de hemoragie – sarcină extrauterină sinistră, s-a efectuat tubectomie sinistră. S-a efectuat laparoscopia sub anestezie intravenoasă după următoarea tehnică: troacarul pentru sistemul optic se introduce în punctul ce unește linia albă a peretelui anterior al abdomenului cu regiunea inferioară a ombilicului, unde se efectuează o incizie longitudinală de aproximativ 1...2 cm. Troacarele mici se vor plasa cu 2 cm mai sus de simfiză și cu 8 cm la dreapta și stânga de incizia longitudinală. În cadrul laparoscopiei s-a constatat: uterul în limitele normei, anexele drepte: trompa trabeculată, îngroșată, cu porțiunea fimbrială obliterată, în aderențe formând o incluziune cu ovarul care este mărit în diametru. S-a efectuat adeziolizis, salpingolizis, fimbriolizis și diatermopuncția ovarelor. Anexele din stânga: trompa trabeculată, îngroșată, în aderențe peritubare, cu porțiunea fimbrială obliterată, ovarul mărit în volum în aderențe. S-a efectuat salpingoovareolizis, fimbriolizis, diatermopuncția ovarelor. S-a efectuat cromosalpingoscopia - ambele trompe permeabile. S-a plasat în fornexul posterior dren. S-a controlat hemostaza și integritatea organelor adiacente. S-au extras palpatoarele, sistemul optic. S-au suturat butonierele. Complicații în timpul operației nu au fost.

*Exemplul 2.* Pacienta B., 26 ani, cu diagnosticul Sterilitate Tubar-Peritoneală, se tratează timp de 4 ani fără efect. Din antecedente a suportat intervenție chirurgicală în legătură cu abdomen acut cauzat de torsiunea chistului ovarian, s-a efectuat chistectomie sinistră. S-a efectuat laparoscopia sub anestezie intravenoasă după următoarea tehnică: troacarul pentru sistemul optic se introduce în punctul ce unește linia albă a peretelui anterior al abdomenului cu regiunea inferioară a ombilicului, unde se efectuează o incizie longitudinală de aproximativ 1...2 cm. Troacarele mici se vor plasa cu 2 cm mai sus de simfiză și cu 8 cm la dreapta și stânga de incizia longitudinală. S-a efectuat laparoscopia sub anestezie intravenoasă după tehnica descrisă mai sus, în cadrul căreia s-a constatat: uterul de dimensiuni normale. Anexele drepte: trompa trabeculată, îngroșată, cu porțiunea fimbrială liberă, în aderențe peritubare cu omentul uterul, ovarul este mărit în dimensiuni cu o capsulă sfidelie. S-a efectuat adeziolizis, salpingolizis, fimbriolizis și diatermopuncția ovarelor.

Anexele din stânga: trompa trabeculată, îngroșată, în aderențe peritubare, cu porțiunea fimbrială liberă, ovarul mărit în volum în aderențe. S-a efectuat salpingoovareolizis, fimbriolizis, diatermopuncția ovarelor. S-a efectuat cromosalpingoscopia - ambele trompe permeabile. S-a plasat în fornexul posterior dren. S-a controlat hemostaza și integritatea organelor adiacente. S-au extras palpatoarele, sistemul optic. S-au suturat butonierele. Complicații în timpul operației nu au fost.