

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)



БАЗОВАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

Влагалищный доступ

**Учебно-методическое пособие для интернов,
ординаторов и практических врачей**

**Краснодар
2017 г.**

УДК 618.1-089 (075.9)

ББК 57.15я75

В57

Составители:

главный врач БАГК ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, доцент кафедры акушерства гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д. м. н. **В. А. Крутова**

заведующая гинекологическим (взрослым) отделением БАГК ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, врач акушер-гинеколог **Т. Г. Мелконьянц**

врач акушер-гинеколог гинекологического (взрослого) отделения БАГК ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России **О. В. Тарабанова**

врач акушер-гинеколог гинекологического (взрослого) отделения БАГК ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России **И. И. Кравцов**

врач акушер-гинеколог гинекологического (взрослого) отделения БАГК ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России **Л. В. Макаренко**

Рецензенты:

Пенжоян Григорий Артемович, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, главный врач

Пономарев Владислав Викторович, д. м. н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, заведующий гинекологическим отделением ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» МЗ КК

Методическое пособие составлено в соответствии с требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования по специальностям программ ординатуры, что обеспечивает преемственность с дополнительными профессиональными программами повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов. (Приказ Минобрнауки России от 25 августа 2014 N 1043 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»).

Предназначено для интернов, ординаторов и практических врачей акушеров-гинекологов.

Рекомендовано к изданию ЦМС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, протокол №5 от 10 января 2017 года

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель данного учебно-методического пособия – ознакомить молодых специалистов с инновационными методиками, применяемыми в гинекологии, а также оказать методическую помощь в освоении влагалищного доступа к лечению заболеваний женской репродуктивной системы.

В настоящем учебно-методическом пособии изложена хирургическая техника основных влагалищных операций. В России и странах ближнего зарубежья отдается предпочтение преимущественно лапаротомному доступу. Этот подход к оперативному вмешательству в гинекологической практике считается более простой и легко выполнимым. При этом влагалищное чревосечение имеет много преимуществ перед лапаротомным доступом. Этот доступ менее опасен для больной, легче переносится, сопровождается меньшей смертностью. После операций проведенных влагалищным доступом период реабилитации значительно короче, экономический эффект – в снижении койко-дня, работоспособность больных восстанавливается быстрее.

Несмотря на преимущества влагалищного чревосечения, многие хирурги-гинекологи не уделяют ему должного внимания.

Пособие включает в себя наиболее актуальную информацию о подготовке больной к операции влагалищным доступом, особенностям укладки больной на операционном столе, технике различных влагалищных операций, тактике ведения пациенток в послеоперационном периоде.

Описаны возможные осложнения на различных этапах: во время операции, в раннем и позднем послеоперационном периоде, способы их профилактики и коррекции.

В конце пособия приведены задания тестового контроля и ситуационные задачи.

Учебно-методическое пособие предназначено для интернов, ординаторов и практикующих врачей с целью более широкого применения влагалищного доступа в гинекологической практике.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| Предисловие | 3 |
| Оглавление | 4 |
| Введение | 5 |
| Хирургическая анатомия влагалища. | 6 |
| Подготовка больной к операции влагалищным доступом | 11 |
| Набор инструментов для операции влагалищным доступом | 14 |
| Влагалищная экстирпация матки. | 15 |
| Ход стандартной влагалищной экстирпации | 16 |
| Сложные влагалищные экстирпации при различных анатомических вариантах | 18 |
| Миомэктомия | 22 |
| Хирургическое лечение кист влагалища | 28 |
| Удаление культи шейки матки | 30 |
| Заключение | 31 |
| Контрольные тестовые вопросы | 25 |
| Ситуационные задачи | 27 |
| Список использованной литературы | 30 |

ВВЕДЕНИЕ

Влагалищный доступ может быть эффективно использован у больных не только с полным и неполным выпадением матки и выраженными степенями опущения стенок влагалища, с миомой матки, аденомиозом, но и у пациенток с дислокацией уретры, мочевого пузыря и связанными с этим недержанием мочи, а так же у больных с посттравматическими повреждениями гениталий и промежности после родов и операций. Правильно выполненные влагалищные операции переносятся легко практически всеми категориями больных. После влагалищных оперативных вмешательств практически не бывает перитонитов, больные быстрее реабилитируются, койко-день сокращается до 5-6-ти суток.

Для женщин большое значение имеет факт отсутствия послеоперационного шва на передней брюшной стенке. Основными преимуществами влагалищных операций по сравнению с абдоминальным доступом является более низкая послеоперационная летальность, незначительный риск перитонита, так как вскрывается только нижний отдел брюшной полости, а некоторые оперативные вмешательства проводятся экстраперитонеально, что практически полностью исключает возникновение перитонита, в послеоперационном периоде не бывает пареза кишечника, спаечной болезни, послеоперационный болевой синдром меньше выражен, быстрее купируется анальгетиками, тромбозы возникают реже, чем при лапаротомиях, влагалищный доступ является преимуществом для пациенток с ожирением, у больных старческого возраста.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВЛАГАЛИЩА

Влагалище – полый орган, который соединяет нижний отдел тела матки – шейку матки с внешней средой. Длина влагалища составляет 8-8,5 см от гимена до полюса переднего свода влагалища, 7-7,5 см до полюса бокового свода и 9-9,5 см до полюса заднего свода. Влагалище можно условно разделить на три отдела: верхнюю, среднюю и нижнюю трети. Верхняя треть соединяется с шейкой матки. Стенка влагалища тесно связана с мочевым пузырем и уретрой спереди и прямой кишкой сзади. В нижней трети влагалище имеет смежные стенки с прямой кишкой и уретрой. Нижняя треть влагалища так же связана с вульвой на уровне преддверия влагалища. Нижняя треть влагалища, уретра и прямая кишка, хоть и являются разными анатомическими единицами, но при этом не функционируют независимо друг от друга.

Гистологически стенка влагалища представлена слизистой оболочкой из многослойного плоского неороговевающего эпителия, подлежащей стромой из коллагена и соединительной ткани и мышечным слоем гладкомышечных волокон, смешанных с коллагеновыми. Эпителий имеет толщину 0,15-0,30 мм от поверхности до базальной мембраны. Толщина всей стенки влагалища у женщины в репродуктивном периоде составляет 2-3 мм.

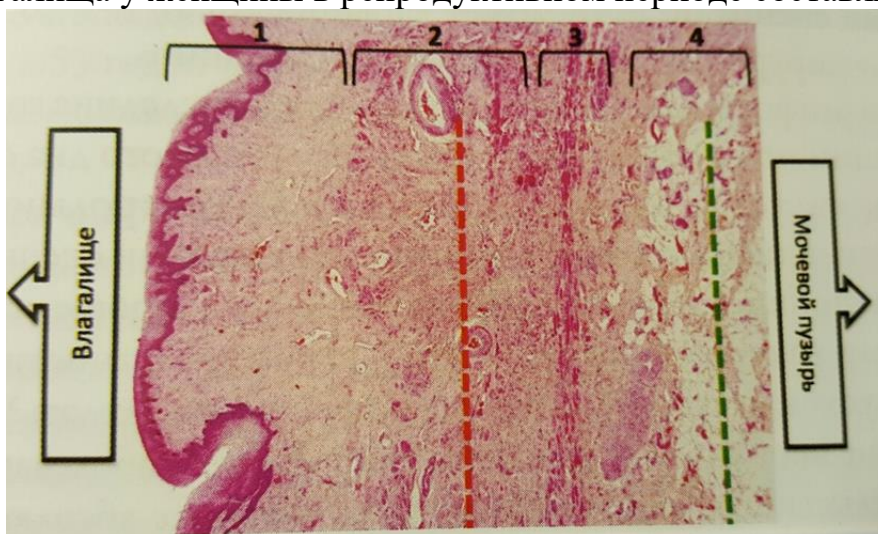


Рис. 1. Микроскопическое строение стенки влагалища.

1. Слизистая оболочка.
2. Подслизистый слой (содержит сосуды питающие слизистую оболочку). Отсепаровка влагалища в этом слое при проведении пластических операций заканчивается максимальной кровопотерей, а установка синтетического импланта в этом слое закончится эрозией слизистой оболочки влагалища над сетчатым имплантом.
3. Мышечно-фасциальный слой (лобково-шеечная фасция, прямокишечно-влагалищная фасция (фасция Денонвилье у женщин)).
4. Рыхлая волокнистая соединительная ткань, окружающая мочевой пузырь, прямую кишку.



Рис. 2. Разрез слизистой влагалища.

Тазовая фасция – уникальное образование, отличающееся от других соединительно тканых образований. В гистологическом отношении структуры, которые она образует, сходны тем, что, помимо коллагена и эластина, характерных для любой соединительной ткани, они содержат большое количество гладкомышечных волокон. Эти волокна отличаются от гладкомышечных волокон стенки кишки, мочевого пузыря и артерий и характеризуются большей длиной и извитостью. Вопрос об их иннервации вызывает споры; высказываются мнение в пользу как наличия холинергической и адренергической иннервации, так и отсутствия какой-либо из них, несмотря на значительное количество рассеянных вегетативных ганглиев и немиелинизированных нервных волокон.

Исследование тазовой фасции, взятой из различных участков показало, что соотношение коллагена, эластина и гладкомышечных волокон очень изменчиво. В некоторых участках преобладают гладкомышечные волокна, в других – коллаген. Количество эластина также неодинаково, оно сравнительно невелико в срединных отделах лобково-шеечной фасции, но весьма значительно в прямокишечно-влагалищной перегородке и на боковых стенках прямокишечного канала.

Кольцо гимена является границей между влагалищем и его преддверием. Само влагалище не имеет желез, однако несколько структур, секретирующих слизь, находятся совсем рядом с ним: парауретральные железы и железы преддверия. Бартолинова железа (большая железа преддверия) прилежит к заднелатеральной стенке влагалища на расстоянии 15 мм от преддверия влагалища. В точке 6 часов на 3-4 мм ниже влагалища находится прямая кишка, а в точке 12 часов на 2-3 мм выше влагалища находится уретра. Влагалище имеет обильное кровоснабжение, особенно в области переднебоковых и боковых стенок на протяжении от гимена до

уретро-везикального соединения. Большие венозные и пещеристые синусы особенно часто встречаются на уровне луковицы преддверия влагалища, которая располагается на расстоянии 1,5 см вглубь от поверхности преддверия влагалища. Уретра спереди и по сторонам окружена пещеристой тканью, берущей начало у клитора и луковицы преддверия. При выполнении диссекции в этой области следует помнить о выраженной сосудистой сети, окружающей боковые и переднебоковые стенки влагалища, и использовать вазоконстрикторы.

Средняя треть влагалища тесно связана с мочевым пузырем, хотя и не имеет с ним смежной стенки. Слой рыхлой ареолярной ткани позволяет достаточно легко отделить мочевой пузырь и прямую кишку от верхнего отдела влагалища. Однако при продолжении диссекции в каудальном направлении фактическая общность стенок влагалища и мочевого пузыря и уретры исключает возможность диссекции в специальном межорганном пространстве.

Влагалище заканчивается у шейки матки, которая делит купол влагалища на своды. Строма влагалищной стенки неотделима от кардинальных и крестцово-маточных связок. Между последними находится зона для бескровного входа в брюшную полость (между задним сводом влагалища и позадиматочным пространством). Взаимоотношения между верхним отделом влагалища и мочевым пузырем, уретрой и шейкой требует точнейшего знания анатомии позадилонного и позадиседалищного забрюшинных пространств. Передней границей позадилонного пространства является лонное сочленение и лонная кость, задней – тело мочевого пузыря. Околопузырные пространства располагаются по обе стороны мочевого пузыря и ограничены сверху лонной костью и внутренней запирающей мышцей, снизу – внутренней запирающей мышцей и седалищной костью. Леватор берет начало от нижнего края нижней ветви лонной кости и фасции внутренней запирающей мышцы и в виде воронки направляется книзу, к границе средней и нижней трети влагалища, а также к промежности и перианальной области.

Мочеточники и основание мочевого пузыря находятся вблизи передней стенки верхнего отдела влагалища и переднебоковых сводов. Влагалище спереди имеет смежные стенки с уретрой и мочевым пузырем, сзади – с прямой кишкой. Основную поддержку влагалища обеспечивают кардинальные связки, смежные стенки влагалища, мочевого пузыря и прямой кишки и в меньшей степени – крестцово-маточные связки. Купол влагалища (как и шейка, и основание мочевого пузыря) поддерживается главным образом глубокими отделами кардинальных связок. Между шейкой матки,

верхним отделом влагалища и мочевым пузырем находится лонно-пузырно-шеечная фасция, которую так же можно считать паравагинальной фасцией. Глубокие отделы кардинальных связок простираются в околопузырные пространства и тянутся к боковым стенкам таза, а именно к внутренним запирающим мышцам, изгибаясь кзади по направлению к седалищной ости вдоль позадиседалищного пространства.

Верхний отдел влагалища иннервируют волокна тазового сплетения, получающего волокна из подчревного сплетения, от превертебральных ганглиев и крестцовых нервов. Нижний отдел влагалища иннервируется срамным нервом. Любопытно, что влагалище относительно нечувствительно к биопсии.

Кровоснабжение влагалища осуществляется из бассейнов нисходящей ветви маточной артерии, влагалищной и внутренней срамной артерии.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ К ОПЕРАЦИИ ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ

Перед плановой операцией проводится стандартное общеклиническое обследование, расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование мазков из цервикального канала и влагалищной части шейки матки на наличие атипических клеток, на наличие ИППП и другой патогенной флоры с обязательным лечением выявленной инфекции.

За день до операции больная исключает из питания овощи, фрукты, крупы, хлебобулочные изделия, принимает только жидкую пищу. В день операции прием пищи и воды исключается.

Очищение кишечника посредством клизмы или лаважа толстой кишки – препарат выбора Фортранс (регистрирован, доступен, экономичен). Схема приема Фортранса включает: последний прием пищи в 13:00 накануне операции. С 15:00 до 19:00 пациентка выпивает 4 литра воды с разведенными 4 пакетиками Фортранса. Изменять порцию (уменьшать количество жидкости) категорически запрещается. Пить раствор постепенно, по 1 литру в течение 1 часа, по стакану в течение 15 минут. Примерно через час после приема появится безболезненный жидкий стул. Опорожнение кишечника завершится выделением прозрачной или слегка окрашенной жидкости через 2-3 часа после приема последней дозы Фортранса. Прием Фортранса необходимо закончить за 3-4 часа до начала операции. Практично окончание эффекта Фортранса в 21:00.

Плановое оперативное лечение с 09:00 до 12:00. Вечером перед операцией бреют волосы на наружных половых органах и на лобке, по назначению анестезиолога дают седативные препараты (элениум, фенозепам и др.). За час до операции проводят премедикацию – промедол 20 мг, атропин 0,1%-ный раствор 0,5 мл в/м. Для анестезии применяется эндотрахеальный наркоз, перидуральная анестезия.

Укладка больной на операционном столе имеет большое значение для исхода оперативного вмешательства.



Рис. 1. Правильное положение больной на операционном столе для влагалищного доступа



Рис. 2. Правильное положение голени



Рис. 3. Правильное положение руки

Неправильная укладка больной на операционном столе в послеоперационном периоде сопровождается следующей симптоматикой:

1. сдавление бедренного нерва – слабость четырехглавой мышцы;
2. тоннельный синдром в голени – боль, ступняж;
3. сдавление локтевого нерва – нарушение чувствительности IV-V пальцев руки кисти;



Рис. 4. Положение, сопровождающееся сдавлением бедренного нерва



Рис. 5. Положение, сопровождающееся развитием тоннельного синдрома в голени



Рис. 6 Положение, сопровождающееся сдавливанием локтевого нерва

Набор инструментов для выполнения влагалищной экстирпации матки при отсутствии опущения стенок влагалища.

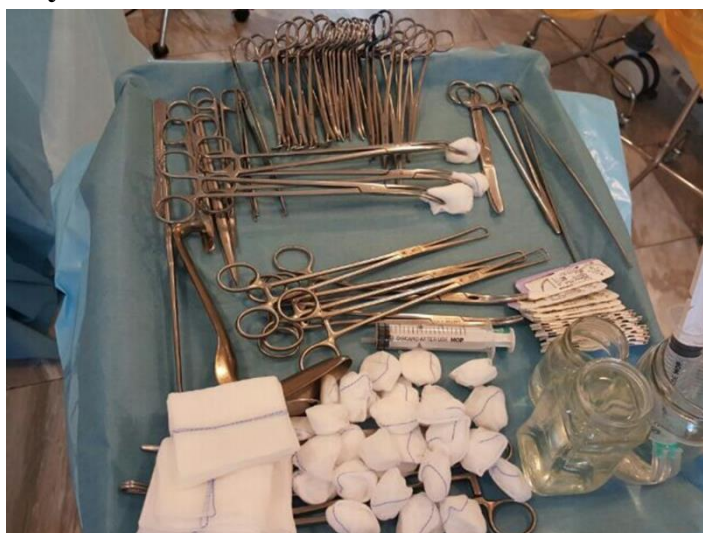


Рис. 7. Операционный стол с инструментами.

1. Влагалищные зеркала (переднее, заднее)
2. Пулевые щипцы 4 шт.
3. Зажим Вертгейма 2 шт.
4. Ножницы тупоконечные с прямыми и изогнутыми браншами
5. Скальпель
6. Зажимы Кохера
7. Зажимы Микулича

I. ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ВАГИНАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

Влагалищная экстирпация матки (вагинальная гистерэктомия) – удаление матки влагалищным доступом. Существует несколько основных модификаций операции влагалищной экстирпации матки: по Мейо, Елкину, Александрову, Персианинову.

Показания для выполнения влагалищной экстирпации матки при отсутствии опущения стенок влагалища: миома матки в сочетании с тяжелой дисплазией шейки матки или СА in situ, аденомиоз, клинически выраженный, атипическая гиперплазия эндометрия, миома матки в сочетании с дисфункциональными маточными кровотечениями, обусловленными рецидивирующими гиперпластическими изменениями эндометрия.

Противопоказания для проведения влагалищной экстирпации матки при отсутствии опущения стенок влагалища: размеры опухоли матки более 12 недель беременности, наличие чревосечений в анамнезе с выраженным спаечным процессом в малом тазу, брюшной полости, наличие сочетанной патологии, требующей ревизии брюшной полости (например опухоль яичника), отсутствие в анамнезе родов per vias naturales, рубцовая деформация влагалища, приводящая к его обструкции, в анамнезе перенесенные гнойно-деструктивные заболевания органов малого таза и брюшной полости.

Профилактика инфекционных послеоперационных осложнений: всем больным показано проведение антибиотикопрофилактики: целесообразно применение защищенных пенициллинов, например амоксициллина/клавуланата (препарат «Амоксиклав» или «Аугментин») в дозе 1,2 г внутривенно во время вводного наркоза. Возможные варианты: цефуроксим 1,5 г внутривенно во время вводного наркоза в сочетании с метронидазолом 0,5 г внутривенно капельно. При наличии дополнительных факторов риска (сахарный диабет, нарушение жирового обмена, анемия) целесообразно периоперационное трехкратное применение защищенных пенициллинов: введение 1,2 г амоксициллина/клавуланата внутривенно во время вводного наркоза через 8 и 16 часов. Варианты: цефуроксим 1,5 г внутривенно во время вводного наркоза в сочетании с метронидазолом 0,5 г внутривенно капельно, затем цефуроксим 0,75 г внутримышечно в сочетании с метронидазолом 0,5 г внутривенно капельно через 8 и 16 часов. Противопоказания для проведения антибиотикопрофилактики – индивидуальная непереносимость антибиотиков или поливалентная аллергия.

Следует выделять стандартную влагалищную экстирпацию матки и экстирпацию матки влагалищным доступом с анатомическими особенностями. На предоперационном этапе необходимо правильно оценить возможность выполнения операции влагалищным доступом, лапароскопическим, комбинированным (вагинально-лапароскопическим), или абдоминальным доступом, что сведет к минимуму частоту интраоперационных конверсий. Необходимо оценить не только анатомические особенности, но и уровень подготовки хирурга.

1.1. Этапы стандартной влагалищной экстирпации матки

Влагалищная гистерэктомия начинается с правильного расположения пациентки на операционном столе (как для дорсальной литотомии – с согнутыми в тазобедренных суставах и разведенными бедрами, закрепленными в стременах). Следует избегать избыточного разведения и сгибания бедер, которое может привести к травме нервов. Боковые поверхности голени должны быть свободны от стремян во избежание компрессии перонеального нерва. Ягодицы пациентки должны находиться немного за границей операционного стола, что позволит ввести зеркало в задний свод влагалища.

Мочевой пузырь следует опорожнить катетером, область влагалища обрабатывают антисептическим раствором. Вводятся ложкообразные влагалищные зеркала, шейка матки фиксируется двумя пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы шейки матки. Скальпелем проводится циркулярный разрез слизистой в месте стыковки слизистой шейки матки и влагалища, которая имеет поперечную исчерченность, при этом положение инструмента должно быть строго перпендикулярно к оси шейки матки. Далее пулевые щипцы переключаются таким образом, чтобы в браншах фиксировать шейку матки выше места разреза, с целью снижения кровопотери.

Пулевыми щипцами производится тракция шейки матки вперед и вверх. Используя тупоконечные ножницы, рассекается рыхлая клетчатка Дугласова пространства. На определенном этапе начинает визуализироваться брюшина – в виде тонкой прозрачной пластины, за которой определяется более темное пространство. Производят вскрытие брюшины. В ряде случаев рыхлая клетчатка прямокишечно-маточного пространства бывает достаточно выражена и обильно кровоснабжена, в этой ситуации уменьшит кровопотерю применение вазоконстрикторов (до разреза слизистой). Заднее влагалищное зеркало помещается в брюшную полость, кишечник смещается вглубь брюшной полости.

Пулевыми щипцами производится тракция шейки матки вперед и вниз. Используя тупоконечные ножницы с изогнутыми браншами, направленными в сторону шейки матки, хирург пересекает суправагинальную перегородку в центральной части, продвигая инструмент в горизонтальном направлении. Суправагинальная перегородка является соединительнотканым образованием и отличается по своей структуре и цвету как от стенки мочевого пузыря, так и от тканей шейки матки. Расположенные справа и слева пузырно-маточные связки обильно васкуляризированы, поэтому особенно важно их сместить тупым путем (указательным пальцем) латерально не пересекая.

В сформированное пространство между мочевым пузырем и шейкой матки вводится влагалищное зеркало, и мочевой пузырь отводится в направлении лона. На этом этапе чаще всего удается визуализировать пузырно-маточную складку (брюшина переднего свода влагалища), которая представляет собой образование белого цвета полукруглой формы. Складка вскрывается острым путем, в брюшную полость вводится переднее зеркало, смещая мочевой пузырь.

Постоянная тракция шейки матки книзу, введение переднего влагалищного зеркала являются важнейшими методами профилактики повреждения мочевого пузыря и юкставезикального отдела мочеточников, так как при этом достигается разобщение нижних отделов мочевого пузыря и сосудистых пучков, кровоснабжающих матку.

Зажимом Вертгейма фиксируются параметрий, который содержит кардинальные, пузырно-маточные. Крестцово-маточные связки, при этом кончик зажима должен находиться максимально близко к шейке матки. Важно накладывать зажим строго перпендикулярно к оси шейки матки. Ткани пересекаются ножницами, лигируются рассасывающейся нитью (викрил №1). Следующим этапом на зажимах Вертгейма пересекаются и лигируются маточные артерии и вены. Данная последовательность операции соблюдается и с противоположной стороны.

Следующим этапом хирург предпринимает попытку выведения матки либо через передний, либо через задний своды влагалища, накладывают пулевые щипцы на переднюю или на заднюю поверхности тела матки. Как правило, данный прием удается применить при размерах матки соответствующих 11-12 неделям беременности. Круглые связки матки, собственные связки яичников, маточные концы труб помещаются между указательным и безымянным пальцами левой руки хирурга, которая тыльной стороной ладони защищает от попадания в зажим органов брюшной полости. В зависимости от толщины связочного аппарата накладываются один или два

зажима Вертгейма строго по краю ребра матки, связки пересекаются над зажимом, накладывается П-образный шов, лигатуры фиксируются. Тело матки удаляется.

Яичники подвергаются визуальной оценке, при невозможности обследуются пальпаторно. Проводится контроль гемостаза, счет салфеток, тампонов, инструментов. Легирование крестцово-маточных, кардинальных связок, маточных сосудов, маточных труб, собственных связок яичников, круглых связок матки, перитонизация, формирование и фиксация культи влагалища осуществляется последовательно отдельными лигатурами.

После осуществления каждого из этапов операции лигатуры не пересекаются, и весь связочный аппарат и купол влагалища фиксируется единым комплексом, тем самым осуществляется профилактика выпадения купола влагалища. Перитонизация осуществляется за счет кисетного шва. После выполнения этого этапа, культи связочного аппарата дополнительно прошиваются и связываются друг с другом экстраперитонеально.

Купол влагалища может быть сформирован за счет наложения непрерывного шва как в вертикальном, так и в горизонтальном направлении. Горизонтальное наложение шва создает более физиологичную картину. Лигатуры культей связочного аппарата выводятся и фиксируются в углах влагалищной раны каждая со своей стороны, тем самым дополнительно укрепляют сформированный купол влагалища.

I.2. Технические особенности при выполнении сложных влагалищных экстирпаций матки при различных анатомических вариантах

Техника влагалищной гистерэктомии может быть сложной при сопутствующей тазовой патологии, спаечном процессе и значительном увеличении матки, а так же в некоторых случаях элонгации шейки матки.

Размеры матки оказывают влияние на выбор оперативного доступа. При этом следует учитывать расположение миоматозных узлов, подвижности матки. При выполнении операции используются следующие технические приемы. Первым этапом, как правило, проводится мобилизация шейки матки по типичной методике. Основной задачей является фиксация и легирование крестцово-маточных, кардинальных связок и особенно сосудистых пучков на уровне внутреннего маточного зева.

Зажимы должны быть наложены выше места бифуркации маточной артерии. Этот прием позволяет практически полностью прекратить кровоснабжение матки, так как в сочетании с тракцией за шейку матки, приводящей к перерастяжению подвешивающих связок матки и механическому сужению яичниковой артерии, матка полностью лишается кровотока. Если оба сосудистых пучка полностью пересечены и легированы

в месте бифуркации, то в дальнейшем операция проводится на лишенной кровоснабжения матке.

Дальнейший ход операции определяется расположением и величиной миоматозных узлов. Многоузловая множественная миома матки хорошо поддается методу энуклеации узлов, при котором узлы захватываются пулевыми щипцами и удаляются острым путем, тем самым уменьшение размеров матки происходит быстро, матка уменьшается до размеров, при которых она свободно удаляется через свод влагалища.



Рис. 8. Вид матки после морцелляции

При сочетании миомы матки и аденомиоза увеличение размера матки происходит диффузно, а ткани имеют «хрящевидную» плотность. В таком случае матки, как правило, малоподвижная, фиксирована в полости малого таза. Это наиболее сложные, в техническом исполнении, операции. В таких случаях оперативное вмешательство выполняется поэтапно, путем иссечения фрагментов опухоли небольшими участками различной формы.

В любом случае хирург должен стремиться к такому результату, когда происходит не просто уменьшение размеров матки, а появляется возможность достижения собственных связок яичников и области трубных углов. Пересечение и легирование круглой и собственной связки яичника хотя бы с одной стороны позволяет гарантировать выполнение операции вагинальным доступом. Зона иссечения опухолевой ткани должна выступать за пределы брюшной полости в просвет влагалища не менее чем на 2 см.

При размерах матки 14-16 недель при ее достаточной подвижности в сочетании с крупными единичными субсерозными узлами по передней или задней поверхности применяется продольное рассечение шейки и тела матки (гемисекция) с последующим удалением полученных фрагментов поочередно.

При выполнении влагалищной гистерэктомии у больных, не имевших в анамнезе родов *per vias naturales* возможно проведение перинеотомии.

При выраженной элонгации шейки матки – передне-маточное пространство будет расположено весьма высоко.

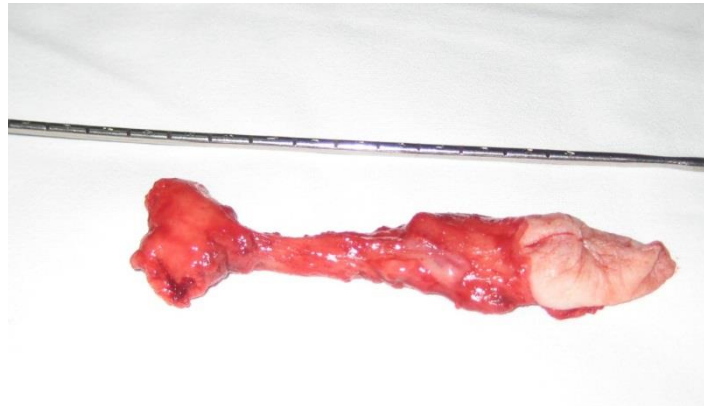


Рис. 9. Элонгированная шейка матки

У женщин после перенесенных в прошлом операций кесарева сечения, при наличии рубцово-спаечного процесса малого таза желательно использовать комбинированный доступ – вагинально-лапароскопический.

Удаление придатков производится планово или после ревизии. Во всех случаях операция начинается с влагалищной экстирпации матки, после чего на видимую и доступную часть придатков накладывается окончательный зажим. Тракция за него в последующем должна носить бережный характер, так как мезосальпинкс, а часто и ткани подвешивающей связки у значительной категории пациенток подвержены травматизации. К этой категории пациенток относятся пожилые женщины, больные с различными формами эндометриоза, с ожирением, после терапии гестагенами, после перенесенных оперативных вмешательств на органах малого таза. В некоторых случаях увеличить подвижность придатков позволяет разобщение круглой связки матки и придатков.

При удалении придатков зажим Вертгейма накладывают на воронко-тазовую связку, пересекают и лигируют П-образным швом. В той же самой последовательности производится тубэктомия при поражении маточной трубы, при этом зажим Вертгейма накладывается на мезосальпинкс маточной трубы. При невозможности вывести придатки в рану, не рекомендуется насильственная тракция, так как в этой ситуации высок риск повреждения сосудов. При этом рекомендуется завершить влагалищный этап операции, и аднексэктомию в данной ситуации выполнить из лапароскопического доступа.

На этапе овладения навыками выполнения вагинальной гистерэктомии хирург не должен стремиться выполнять аднексэктомию вагинально.

Лапароскопия в данной ситуации позволяет при малейшем подозрении на возникновение интраоперационных осложнений завершить операцию комбинированным доступом. В любом случае лапароскопический этап должен являться по возможности дополнением к вагинальной гистерэктомии, а не мероприятием для устранения возникшего осложнения.

I.3. Интраоперационные осложнения

Ранение мочевого пузыря при его мобилизации при вскрытии переднего свода. Ранение прямой кишки или прилежащего отдела кишечника при вскрытии заднего свода. Ранение мочеточника – редкое осложнение. Для его профилактики зажимы в процессе операции необходимо накладывать непосредственно по шейке матки, затем – по ребрам матки.

Выскальзывание сосудов из зажимов, формирование гематом в процессе операции; в условиях хорошей видимости (дополнительные источники света, использование отсоса, зеркал, подъемников) при потягивании за ранее наложенные лигатуры пытаются достичь гемостаза наложением зажимов на кровоточащий сосуд или прошивают гематому.

Повторно осматривают культы всех связок и сосудов, которые могут дать значимое кровотечение. При любом способе перитонизации (кисетный, скорняжный шов, П-образные швы) культы всех связок и сосудов должны быть расположены экстраперитонеально. Далее накладывают редкие швы на купол влагалища, который можно оставить открытым. В случае продолжающегося кровотечения, нарастания гематомы, невозможности осуществления надежного гемостаза влагалищным доступом показана лапаротомия.

I.4. Ведение послеоперационного периода

Ранняя активизация пациенток на 1-е сутки после операции, компрессия нижних конечностей (компрессионный трикотаж) с первых суток и до выписки пациенток, далее целесообразно рекомендовать ношение компрессионного трикотажа не менее 1 месяца, использование специфических способов профилактики тромбоэмболических осложнений – прямых антикоагулянтов. Целесообразно использование низкомолекулярного гепарина – «Фраксипарин» в дозе 0,3 мл (2850 МЕ анти-Ха активности) – под кожу живота в течение 5-7 дней (при массе тела больной более 100 кг дозу необходимо удвоить), а так же средств, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин, трентал). Допустимо использование препаратов для улучшения регенерации («Актовегин» по 2 мл внутримышечно, затем по 1 таблетке 3 раза в день). Применение инфузионной терапии рекомендовано в течение первых 2-х суток в объеме 800-1200 мл. Выписка из стационара на 4-7 сутки.

I.5. Амбулаторное лечение

Целесообразно рекомендовать использование антитромбоцитарных препаратов, спазмолитических и вазоактивных препаратов, венотоников, энзимотерапии. С целью обезболивания назначаются нестероидные противовоспалительные препараты в виде ректальных свечей – «Индометацин» или «Вольтарен» по 1 свече на ночь в течение 10 дней. Кроме того, необходимо рекомендовать пациентке исключение половых контактов, а так же осмотра в зеркалах в течение 6 недель. Осмотр в зеркалах выполняется только по показаниям – при наличии кровотечения из половых путей.

II. МИОМЭКТОМИЯ

В настоящее время показания к проведению миомэктомии значительно расширились, и практически при любом расположении миоматозных узлов можно выполнить данную операцию. У молодых женщин миомэктомия является операцией выбора, поскольку удаление матки приводит не только к потере детородной и менструальной функции, но и впоследствии ведет к нарушению функции яичников и заболеваниям молочных желез. Имеется ряд положений, которые следует строго соблюдать при выполнении миомэктомии. Прежде всего, до операции следует подробно обсудить все возможные варианты ее выполнения с пациенткой. В настоящее время существует одно абсолютное противопоказание к выполнению миомэктомии – наличие злокачественной опухоли. Если в ходе операции при визуальном осмотре возникает подозрение на малигнизацию опухоли (отсутствие четкой капсулы, разваливающаяся ткань вида вареной рыбы или цветной капусты, что впрочем бывает и при некрозе миоматозного узла), узел следует направить на срочное гистологическое исследование и только после получения его результатов окончательно решить вопрос об удалении или сохранении матки.

Миомэктомию целесообразно производить в первую фазу менструального цикла или на фоне искусственной аменореи (приема пациентками агонистов ГнРГ).

Показания для проведения периперационной терапии агонистами ГнРГ при планировании миомэктомии: в случаях, когда предполагается вскрытие полости матки, при повышенной кровопотере у пациенток с исходной анемией, сочетание миомы с аденомиозом или наружным эндометриозом.

Цель лечения агнРГ в этих случаях – обеспечение благоприятного течения послеоперационного периода, снижение риска послеоперационных

осложнений, предупреждение прогрессирования эндометриоза, что может быть достигнуто при выполнении миомэктомии на фоне аменореи. Для этой цели удобно использовать препарат «Золадекс» в инъекциях (3,6 мг), который в форме депо-капсулы продленного действия вводится с помощью шприца-апликатора в 1-й день менструального цикла (подкожно, по средней линии живота в нижней его трети, на 2-3 см ниже пупочного кольца), далее каждые 28 дней. Альтернативой является лечение с применением препарата «Бусерелин» в виде депо-формы 3,75 мг, который вводится внутримышечно в 1-й день менструального цикла, далее – каждые 28 дней.

Госпитализация планируется через 5-6 недель от начала лечения, после хирургического лечения введение аГнРГ продолжается в течение 2-3 месяцев.

II.1. Техника проведения миомэктомии через кольпотомический доступ

Больная укладывается на операционный стол в положении для литотомии. Влагалище дважды обрабатывается раствором антисептика. Вводятся ложкообразные влагалищные зеркала, шейка матки фиксируется пулевыми щипцами за переднюю и/или заднюю губы шейки матки (в зависимости от плана: передняя или задняя кольпотомия). Скальпелем в месте стыковки слизистой шейки матки и влагалища, которая имеет поперечную исчерченность, производится линейный разрез длиной 3 см. Затем в центральной части раны пересекается суправагинальная перегородка.

Расположенные слева и справа пузырно-маточные связки смещаются тупым путем. В сформированное пространство между мочевым пузырем и шейкой матки вводится влагалищное зеркало, и мочевой пузырь отводится в направлении лона. На этом этапе вскрывается пузырно-маточная складка. Продолжая тракцию шейки матки книзу, вводится переднее зеркало.

Миоматозные узлы с локализацией по передней поверхности матки визуально контролируются. Пулевыми щипцами через переднюю кольпотомию фиксируется миоматозный узел. После гидропрепаровки капсулы узла, проводят вскрытие капсулы и последующее удаление узла в ее пределах. В зависимости от величины удаленного узла и глубины его ложа накладывают отдельные серозно-мышечные викриловые швы атравматичной иглой или в два ряда швов – 1-й ряд – отдельные мышечно-мышечные викриловые швы, 2-й ряд – отдельные серозно-мышечные викриловые швы атравматичной иглой. Слизистая влагалища восстанавливается отдельными викриловыми швами.



Рис. 10. Локализация узлов (лапароскопический контроль, ревизия органов малого таза до операции, фото с монитора)



Рис. 11. Доступ через передний свод влагалища

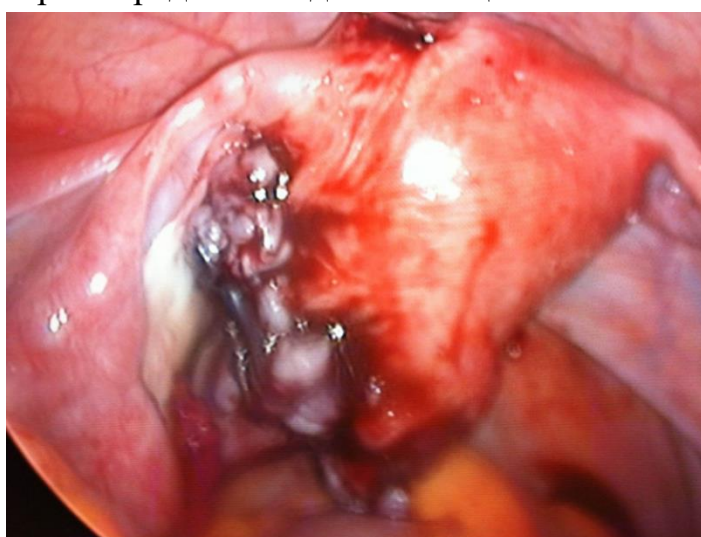


Рис. 11. Вид послеоперационного шва после миомэктомии (лапароскопический контроль, фото с монитора)

При локализации миоматозных узлов по задней стенке. Доступ через заднюю кольпотомию.

При наличии перешеечных узлов, а они чаще расположены внебрюшинно, передняя кольпотомия ограничивается только вскрытием слизистой влагалища. Мочевой пузырь смещается с опухоли, фиксируется верхним зеркалом, после чего в продольном направлении вскрывается капсула и вылуцчивается узел, помня о топографии маточных сосудов (сбоку от узла), мочеточников и смещенного мочевого пузыря. Ложе узла зашивается викрилом отдельными узловыми швами в два ряда: первый ряд – мышечно-мышечный, второй ряд – так же мышечно-мышечный в промежутках между ранее наложенными швами; при этом необходимо хорошо видеть и закрывать дно (верхний полюс) раны.

При наличии перешеечных узлов по задней поверхности матки. В этом случае передняя стенка прямой кишки будет «распластана» на узле. После вскрытия слизистой влагалища, стенка прямой кишки остро спускается с узла, после гидропрепаровки капсулы узла, капсула вскрывается в продольном направлении, узел вылуцчивается. Необходимо чрезвычайно аккуратно работать в данной области, четко придерживаясь границ удаляемого узла) в связи с опасностью травмы сосудов, особенно вен малого таза – крестцовых, верхних и средних прямокишечных, а также мочеточников, прямой кишки. Ложе узла зашивается викрилом отдельными узловыми швами в 2 ряда: 1-й ряд мышечно-мышечный, 2-й ряд – также мышечно-мышечный в промежутках между ранее наложенными швами. Отдельными швами восстанавливается слизистая влагалища.

Учитывая ограничение визуализации при кольпотомическом доступе, для ревизии органов малого таза рекомендуется оперативное вмешательство заканчивать лапароскопией, санацией малого таза и дренированием.

II.2. Профилактика спаечного процесса после миомэктомии

Немаловажными при проведении органосберегающих операций является проведение противоспаечных мероприятий. К ним относятся: полное удаление крови и сгустков из брюшной полости и малого таза, проведение надежного гемостаза, использование противоспаечных барьеров.

II.3. Ведение послеоперационного периода у пациенток после миомэктомии

Включает в себя раннюю активизацию пациенток (на 1-е послеоперационные сутки), компрессию вен нижних конечностей, применение в программе лечения инфузионной терапии в режиме умеренной гиперволемии в течение первых 2-х суток (около 1200 мл растворов – коллоидов, кристаллоидов), компоненты крови строго по показаниям

(свежезамороженная плазма – для коррекции гемостаза и при гипопроотеинемии, эритроцитарная масса – при снижении гемоглобина ниже 60 г/л).

Использование специфических способов профилактики тромбозов и тромбоэмболических осложнений включает введение прямых антикоагулянтов. Рекомендуется использование низкомолекулярного гепарина – «Фраксипарин» (0,3 мл 92850 МЕ анти-Ха активности) – под кожу передней брюшной стенки в течение 5 дней (при массе тела больной более 100 кг дозу необходимо удвоить), средств улучшающих реологические свойства крови («Реополиглюкин», «Трентал»); применение утеротоников: окситоцин 1,0 мл 2 раза в сутки внутримышечно. Всем пациенткам после проведения миомэктомии следует проводить полноценный курс терапии антибиотиками в течение 5 дней. По показаниям антианемическая терапия. Выписка на 6-8-е сутки.

II.4. Амбулаторное лечение

Исключение половых контактов в течение 6 недель. Использование антитромбоцитарных препаратов (аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства), венотоники («Детралекс», «Троксевазин», «Эскузан»), использование препаратов, улучшающих репаративные процессы, например, «Актовегин» внутримышечно или перорально (по 1 таблетке 4 раза в день) в течение месяца после операции, продолжить (завершить) курс антианемической терапии. После операции продолжить (или начать с 1-го дня очередной менструации) лечение а-ГнРГ.

Миомэктомия не устраняет имеющиеся нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, хотя значительно облегчает их коррекцию, так как во время операции удаляются значительные опухолевые массы. Восстановление репродуктивного здоровья во многом зависит от адекватности последующей терапии гормональных нарушений, проходимости и функциональной полноценности маточных труб, фертильности партнера. Особое внимание в проведении послеоперационной реабилитации следует уделить пациенткам, которые планируют беременность. Таким пациенткам после этапа реабилитации показано проведение предгравидарной подготовки.

III. Хирургическое лечение кист влагалища

Кисты влагалища являются производными остатков гартнерова хода (эмбрионального мочеточника), выстланы цилиндрическим (мерцательным или кубическим) или многослойным плоским эпителием.

Показания к оперативному лечению: наличие жалоб (диспареуния, боли в области влагалища, промежности «давящего» характера), кисты влагалища больших размеров, вторичное инфицирование кист.

Наиболее часто кисты влагалища приходится дифференцировать с цистоцеле и ректоцеле. Грыжевое выпячивание наиболее выражено соответственно по передней и задней стенке влагалища, увеличивается при натуживании. Определяются признаки несостоятельности мышц тазового дна. Катетеризация мочевого пузыря или пальцевое исследование прямой кишки легко помогает уточнить диагноз. Дивертикул уретры и мочевого пузыря – выпячивание стенки мочеиспускательного канала или мочевого пузыря, сообщающееся с его полостью. Заболевание может осложниться развитием воспаления в мешке – дивертикулитом, перидивертикулитом. Зондирование и проведение уретроцистоскопии позволяют уточнить диагноз.

Кисты влагалища – образования тугоэластической консистенции, овоидной или вытянутой формы, с четкими контурами, локализующиеся в верхней или средней трети влагалища, чаще по боковой стенке; нередко недалеко от уретры. Основание кисты может быть как широким, так и узким. Иногда визуальное впечатление о размерах образования обманчиво, и верхний или боковой полюс образования уходит глубоко в паравагинальную или паравезикальную клетчатку, находясь в непосредственной близости от стенки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, что представляет определенные трудности в ходе оперативного лечения (опасность травмы мочевыводящих органов с последующим формированием свищей).

Всем больным показано проведение профилактики антибиотиками (однократное интраоперационное введение препарата), при нагноении кисты – терапия антибиотиками в течение 5 суток. Залогом успеха операции и предотвращения рецидива заболевания является полное удаление капсулы кисты.

III.1. Техника операции

С помощью зеркал обеспечивается доступ к кисте. Отступив 1-2 см от стенки влагалища, производят циркулярный разрез слизистой оболочки влагалища, стенки влагалища фиксируют зажимами Кохера. Вылущивают кисту влагалища из параметральной клетчатки препаровочными ножницами, ориентируясь строго по капсуле при постоянном натяжении тканей (фиксируют и «подтягивают» опухоль).

При пересечении сосудов их коагулируют или прошивают, лучше это осуществлять превентивно. Идеально – вылущить кисту целиком, без вскрытия ее полости, но это удается не всегда, даже при правильной технике операции. При вскрытии кисты выполнение операции затрудняется, сложнее

становиться удалить оставшуюся капсулу, поскольку нет ориентира – объемного образования. Возможные ошибки: потеря ориентира при отсутствии четкой визуализации капсулы кисты, рассечение глубоколежащих тканей (паравагинальная клетчатка, сосуды), кровотечение, формирование гематомы. Для исключения подобных осложнений при появлении затруднений в ходе операции, хорошо осушить и осветить операционное поле и ориентироваться в топографии.

Топография уретры и мочевого пузыря можно уточнить при помощи металлического катетера, стенки прямой кишки – при помощи пальцевого исследования. Иногда для облегчения манипуляций бывает полезно ввести в капсулу кисты указательный палец левой руки и по пальцу выделить оставшуюся часть капсулы.

Проведение гемостаза: на основание кисты наложить зажим, отсечь опухоль и изолировано прошить данный участок викрилом, чаще сосуды лигируются на протяжении (по мере удаления опухоли). Ложе удаленной опухоли зашивают отдельными викриловыми швами с захватом тканей дна (без оставления свободных пространств). При опухолях больших размеров и глубоком ложе викриловые швы накладываются в два этажа.

Накладывают нечастые отдельные швы на слизистую оболочку влагалища. В случае сомнения в качестве гемостаза или осложнений в ходе операции целесообразно провести дренирование (дренаж удаляют на первые послеоперационные сутки).

IV. Удаление культи шейки матки

В результате субтотальной гистерэктомии остается культя шейки матки. Показания к удалению культи шейки матки разнообразны: рецидив миомы, аденомиоза шейки матки, рецидив полипа цервикального канала, CIN II–III.

IV.1. Техника операции

Культю шейки матки удаляют соблюдая технику влагалищной гистерэктомии, только вся операция проходит экстраперитонеально. Культю шейки матки захватывают пулевыми щипцами и низводят. Под слизистую оболочку шейки матки и влагалища вводят раствор вазопрессина с целью создания пространства для диссекции.

Скальпелем выполняют разрез слизистой вокруг шейки. Мочевой пузырь сдвигают от шейки кпереди. Выполняют диссекцию позадиматочного пространства. На крестцово-маточные связки, нисходящие ветви маточных артерии и вены накладывают зажимы Вертгейма, пересекают, лигируют. Шейку матки отделяют от прямой кишки.

В некоторых случаях мочевой пузырь подпаян к культе шейки, что можно установить путем цистоскопии или ведением в мочевой пузырь раствора метиленовой сини на заключительном этапе диссекции. Ножницами направленными к шейке матки, бережно выполняют диссекцию, последовательно раздвигая и рассекая ткани. Культю иссекают и удаляют. Культю крестцово-маточных связок сшивают с углами культи влагалища, затем влагалище зашивают в поперечном направлении.

V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наряду с увеличением высокотехнологических операций, отмечается рост количества операций выполненных влагалищным доступом. Это объясняется более быстрой реабилитацией больных, менее тяжелым послеоперационным периодом, весьма важным для женщины косметическим эффектом – отсутствием рубца на передней брюшной стенке. Кажущаяся сложность влагалищных операций не должна препятствовать освоению техники этих операций. Так как ближайшие и отдаленные результаты лучше, чем при операциях лапаротомическим доступом. Поэтому задачей каждого хирурга-гинеколога должно быть овладение техникой этих операций и их широкое применение.

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К МЕТОДИЧЕСКОМУ ПОСОБИЮ

1. Синдром сдавления малоберцового нерва характеризуется:

1. боль в голени
2. стеспанж
3. нарушение разгибания стопы
4. нарушение сгибания стопы
5. верно а и б
6. верно а, б, в

2. Синдром сдавления бедренного нерва характеризуется:

1. слабость 4-главой мышцы
2. болевой синдром, усиливающийся при разгибании конечности
3. болевой синдром, усиливающийся при сгибании конечности
4. нет верного ответа
5. верно а и б

3. Антибиотикопрофилактику не целесообразно проводить:

1. защищенные пенициллины (Амоксиклав, Аугментин)
2. цефалоспорины 2-го поколения + метронидазол
3. фторхинолоны + цефалоспорины 2-го поколения
4. фторхинолоны + метронидазол

4. Каким эпителием выстлана слизистая влагалища:

1. железистым
2. многослойным плоским
3. цилиндрическим
4. кубическим

5. Миомэктомия проводится:

1. в 1-ую фазу цикла
2. на фоне приема агонистов ГнРГ
3. во 2-ую фазу цикла
4. через 1 месяц после отмены агонистов ГнРГ
5. верно а и б
6. верно а и г

6. Какие интраоперационные осложнения могут возникнуть при влагалищных операциях:

1. ранение мочеточника
2. формирование гематом при выскальзывании сосудов из зажима
3. ранение тонкого кишечника

4. ранение прямой кишки
5. все ответы верны
6. верно а и г

7. При влагалищной экстирпации матки с трубами пересекаются:

1. с обеих сторон крестцово-маточные связки, сосудистые пучки, круглые маточные связки, мезосальпинксы, собственно-яичниковые связки
2. с обеих сторон крестцово-маточные связки, сосудистые пучки, мезосальпинксы, собственно-яичниковые связки
3. с обеих сторон крестцово-маточные связки, сосудистые пучки, круглые маточные связки, воронко-тазовые связки
4. с обеих сторон крестцово-маточные связки, сосудистые пучки, круглые маточные связки, воронко-тазовые связки, собственно-яичниковые связки

8 Бусерелин в виде депо формы вводится:

1. в/м в 1-й день менструального цикла, далее каждые 28 дней
2. п/к в 1-й день менструального цикла, далее каждые 28 дней
3. п/к в 1-й день менструального цикла, далее каждые 84 дня
4. в/м на 7-й день менструального цикла, далее каждые 30 дней

9. Экстраперитонеально, влагалищным доступом возможно проведение следующих операций:

1. миомэктомия с шеечно-перешеечной локализацией узла
2. экстирпация культи шейки матки
3. надвлагалищная ампутация матки
4. верно б и в
5. верно а и б

10. После энуклеации миоматозного узла, ложе узла ушивают:

1. мышечно-мышечными, серозно-мышечными швами
2. серозно-мышечными швами
3. только мышечными швами
4. не верен ни один из вариантов.

11. Противопоказаниями для проведения влагалищной экстирпации матки не являются:

1. миома матки в сочетании с тяжелой дисплазией шейки матки
2. наличие сочетанной патологии, требующей ревизии органов брюшной полости
3. рубцовая деформация влагалища, приводящая к его обструкции
4. рубцовая деформация шейки матки

12 Кровоснабжение влагалища НЕ осуществляется из артерий:

1. нисходящих ветвей маточной артерии

2. влагалищной артерии
3. внутренней срамной артерии
4. срединной артерии крестца

13. Нижний отдел влагалища иннервируется:

1. срамным нервом
2. запирательным нервом
3. копчиковым сплетением
4. седалищным нервом

14. Преимуществом влагалищного доступа по сравнению с абдоминальными не являются:

1. низкая послеоперационная летальность
2. не бывает пареза кишечника
3. послеоперационный болевой синдром выражен меньше
4. возможность ревизии органов брюшной полости

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Пациентка В., 48 лет, обратилась с жалобами на обильные, болезненные, длительные менструации.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2-х лет. Год назад выставлен диагноз «Миома матки интерстициальная», без клинических проявлений. По данным УЗИ гениталий – матка увеличена до 6 недель беременности за счет интерстициального узла с центрипетальным ростом. Последние 6 месяцев отмечает вышеуказанные нарушения менструальной функции. Операций в анамнезе не было, на диспансерном наблюдении у других специалистов не наблюдается.

Беременностей 3: роды 2, без особенностей, искусственный аборт 1, без осложнений.

УЗИ гениталий: тело матки увеличено до 10 недель беременности за счет интерстициально-субмукозного узла, придатки матки без особенностей, шейка матки без особенностей.

Status genitalis: Наружные половые органы развиты правильно, уретра, парауретральные железы без особенностей. Половая щель сомкнута, высота промежности 3.5 см.

В зеркалах: слизистая влагалища физиологической окраски, чистая. Шейка матки цилиндрическая, чистая, наружный зев щелевидный.

Бимануально: тело матки увеличено до 10 недель беременности за счет узла по задней стенке, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки не определяются, при пальпации их зона безболезненная. Своды свободные, глубокие.

Вопросы

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите диагностические мероприятия, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Определите показания для оперативного вмешательства и его объем.

Ответы

1. Миома матки, интрамуральная с центрипетальным ростом, больших размеров.
2. Дообследование: гистероскопия, РДВ ПМ и ЦК.
3. Показания к оперативному лечению: быстрый рост опухоли матки (на 4 недели за год), деформация полости матки миоматозным узлом, геморрагический синдром у больной в перименопаузальном периоде. Объем оперативного лечения: влагалищная гистерэктомия, вопрос о придатках будет решен интраоперационно.

Задача №2

Пациентка А., 23 года, обратилась с жалобами на отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции в течение 2-х лет. Учащенное мочеиспускание, малым объемом, без резей.

Из анамнеза: половая жизнь без контрацепции с 21 года, в браке, муж не обследован, менструальная функция сохранена, беременностей – 0.

УЗИ гениталий: Тело матки увеличено за счет интерстициально-субсерозного узла по передней стенке, с сдавлением стенки мочевого пузыря, расположенного в перешеечной области, диаметром 5 см. Придатки матки без особенностей, шейка матки без особенностей.

Status genitalis: Наружные половые органы развиты правильно, уретра, парауретральные железы без особенностей. Половая щель сомкнута, высота промежности 4 см.

В зеркалах: слизистая влагалища физиологической окраски, чистая. Шейка матки коническая, чистая, наружный зев точечный.

Бимануально: тело матки увеличено до 7 недель беременности за счет узла по передней стенке, плотное, несколько ограничена в подвижности, безболезненное при пальпации. Придатки не определяются, при пальпации их зона безболезненная. Своды свободные, глубокие.

Вопросы

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите диагностические мероприятия, необходимые для решения вопроса о тактике ведения больной.
3. Объем оперативного лечения.

Ответы

1. Миома матки, субсерозная. Бесплодие I, неуточненное.
2. Дообследование: обследование мужа у уролога (андролога), спермограмма.
3. Миомэктомия влагалищным доступом с лапароскопическим контролем. Доступ – передняя кольпотомия, операция выполняется экстраперитонеально.

Задача №3

Пациентка С., 64 лет. Обратилась с жалобами на периодические, скудные выделения крови из половых путей.

Из анамнеза: в возрасте 42-х лет была произведена лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы матки. В течение последних двух лет трижды выскабливание цервикального канала по поводу железисто-фиброзного полипа цервикального канала.

Осмотрена гинекологом, проведено выскабливание цервикального канала, ПГИ – железисто-фиброзный полип, расширенная кольпоскопия шейки матки – CIN I, мазок на онкоцитологию – без атипии.

Status genitalis:

Наружные половые органы развиты правильно, уретра, парауретральные железы без особенностей. Половая щель сомкнута, высота промежности 3 см.

В зеркалах: слизистая влагалища физиологической окраски, чистая. Шейка матки рубцово-деформирована старыми разрывами на 3-х часах и 12-ти часах, разрывы не доходят до свода 0,5 см, наружный зев звездчатый, выделения сукровичные, скудно.

Бимануально: Культия шейки матки не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации, придатки не определяются, при пальпации их зона безболезненная. Инфильтратов в малом тазу нет. В сводах умеренная тяжесть.

Вопросы

1. Определите показания для оперативного лечения и его объем.
2. Определите показания для ревизии брюшной полости у данной пациентки.

Ответы.

1. Рецидивирующий полип цервикального канала у больной в постменопаузе с рубцовой деформацией шейки матки. Объем вмешательства: экстирпация культи шейки матки.
2. Показаний для ревизии брюшной полости у больной нет.

Задача №4

Пациентка М., 27 лет, обратилась с жалобами на длительные, обильные менструации, слабость.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые на профилактическом осмотре была обнаружена миома матки до 6 недель беременности, без клинических проявлений. В течение последнего года стала отмечать вышеуказанные нарушения менструальной функции.

Беременность – 1: срочные роды, без особенностей.

УЗИ гениталий: миома матки до 12 недель беременности за счет трех миоматозных узлов, наибольший – интерстициально-субмукозный.

Гистероскопия с РДВ ПМ и ЦК: обнаружена деформация полости субмукозным узлом. ПГИ – секреторный эндометрий.

В общем анализе крови гемоглобин 70 г/л.

Объем оперативного лечения выбран исходя из желания женщины сохранить репродуктивную функцию – миомэктомия.

Вопросы

1. Сформулируйте особенности предоперационной подготовки больной.
2. Особенности ведения послеоперационного периода.

Ответ

1. Начиная с первого дня очередной менструации начинают терапию а-ГнРГ, курс антианемической терапии.
2. В послеоперационном периоде продолжают курс терапии а-ГнРГ (весь курс от 4 до 6 месяцев), продолжают антианемическую терапию под контролем общего анализа крови.

Ответы на тестовые задания

- 1 – е, 2 – д, 3 – в, 4 – б, 5 – д, 6 – д, 7 – а,
8 – а, 9 – д, 10 – а, 11 – г, 12 – г, 13 – а, 14 – г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

1. Гинекология: национальное руководство / под ред.: В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1088с. – (Серия «Национальные руководства»).
2. Краснопольский, В. И. Оперативная гинекология. / Краснопольский, В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А., Попов А. А. // М.: Медицина, Антидор, 2000

Дополнительная литература

3. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. // М. : Мед. информ. агентство, 2006. - 640 с. : ил.
4. Эндоскопия в гинекологии / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян. // М.: Медицина, 2000. – 384 с.: ил.
5. Норвац, Э. Наглядное акушерство и гинекология. Учебное пособие для вузов. / Норвац, Э., Шордж Д. // М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. 160 с.
6. Савельева, Г. Н. Акушерство и гинекология. // М.: ГЭОТАР-Медиа. 2000. 719 с.

Литература, использованная авторами

7. Харт Д. М. Гинекология. Иллюстрированное клиническое руководство. / Харт Д. М., Норман Дж. // М.: Издательство БИНОМ, 2009. 464 с.
8. Клифффорд Р. Уиллис. Атлас оперативной гинекологии. // М.: «Медицинская литература», 2007. – 528 с.
9. Баггиш М. С. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии; пер. с англ. Е. Л. Яроцкой; под ред. Л. В. Адамян. / Баггиш М. С., Каррам М. М. // Лондон: Elsevier Ltd., 2009. – 1184 с.
10. Савельева, Г. М. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / под ред.: Г. М. Савельевой, В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. // Изд. 3-е, испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 880 с.
11. Савельева, Г. М. Гинекология: учебник / под. ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. // 4-е изд., перераб. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.