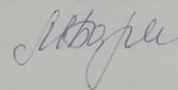


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

Экстирпация матки

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Экстирпация матки» от 2018 года

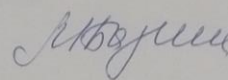
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиологичность данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Экстирпация матки» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

1. Введение.....	4
2.Классификация методов тотальной гистерэктомии.....	4
3.Показания/противопоказания к тотальной гистерэктомии. Условия к проведению операции.....	4
4.Подготовка к операции экстирпации матки.....	5
5. Методы обезболивания при экстирпации матки.....	5
6.Техника операции экстирпации матки.....	5
7.Осложнения операции экстирпации матки.....	14
8.Особенности ведения послеоперационного периода.....	18
9.Заключение.....	19
10.Список используемой литературы.....	20

1. Введение

Матка – очень важный орган, выполняющий функции основного предназначения женщины — вынашивания и рождения детей. Поэтому удаление этого сугубо женского органа довольно тяжело переносится в первую очередь психологически.

С одной стороны, логично, что удаление матки должно проводиться только по жизненным показаниям, когда никакие консервативные методы не дают эффекта в лечении. С другой стороны, операция удаления матки – вторая по частоте причина хирургических оперативных вмешательств в гинекологии после кесарева сечения.

Объясняется это тем, что до сих пор существует среди врачей мнение, что для женщин, не планирующих больше рожать детей, матка – это лишний багаж, и что ее проще удалить, чем лечить. Консервативное лечение многих заболеваний матки действительно очень сложное и длительное, поэтому многие женщины после 40-45 лет сами согласны на удаление матки для того, чтобы побыстрее избавиться от мучающих ее симптомов.

Экстирпация матки (латинский *exstirpatio* искоренение, удаление с корнем; синоним гистерэктомия) — операция удаления матки.

Экстирпация матки может быть произведена без удаления придатков или с их удалением (пангистерэктомия).

2. Классификация методов тотальной гистерэктомии

Варианты операции:

- экстирпация матки без придатков;
- экстирпация матки с придатками (*pangysterectomy*);
- интрафасциальная экстирпация матки;
- экстрафасциальная экстирпация матки;
- расширенная экстирпация матки (операция Вертгейма).

3. Показания/противопоказания к тотальной гистерэктомии. Условия к проведению операции.

Заболевания тела и шейки матки, требующие удаления матки.

Противопоказания экстирпации матки

В отсутствие экстренных показаний к оперативному вмешательству нельзя проводить операцию при любых острых воспалительных заболеваниях любой локализации (в том числе при ОРЗ, гриппе), при воспалительных заболеваниях влагалища и шейки матки. Для достижения компенсации или ремиссии патологического процесса при экстрагенитальной патологии необходима тщательная предоперационная подготовка.

Условия для проведения операции

Операцию можно проводить в стандартных для хирургического стационара условиях.

4. Подготовка к операции экстирпации матки

Подготовка больной к операции имеет большое значение для исхода оперативного вмешательства. Перед плановой операцией необходимо провести стандартное общеклиническое обследование, расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование (из цервикального канала и влагалищной части шейки матки) на наличие атипических клеток, обследование на наличие ИППП. При выявлении инфекции нужно провести соответствующее лечение. Особое внимание следует уделять пациенткам из группы высокого риска возникновения тромбоэмболических осложнений: в программу амбулаторной подготовки таких пациенток следует включать антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловую кислоту, другие НПВС), спазмолитические и вазоактивные препараты, венотоники — диосмин+гесперидин (детралекс©), троксерутин, эсцин+тиамин (эскузан©), средства, улучшающие реологические свойства крови — пентоксифиллин, дипиридамол, бинтование нижних конечностей эластичными бинтами, а лучше — использование компрессионного белья. При наличии показаний пациентку направляют на консультацию к сосудистому хирургу, проводят дуплексное ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей.

5. Методы обезболивания при экстирпации матки

Для обезболивания операции применяют:

- эндотрахеальный наркоз,
- регионарную (спинальную или эпидуральную) анестезию,
- комбинированную анестезию.

6. Техника операции экстирпации матки

После того, как брюшная полость вскрыта соответствующим разрезом, проводят ревизию органов брюшной полости, уточняют диагноз и приступают к выполнению гистерэктомии. Для улучшения доступа целесообразно использовать ранорасширитель, петли кишечника отводить пелёнкой или салфеткой, смоченной тёплым изотоническим раствором хлорида натрия, придавать пациентке умеренное положение Тренделенбурга (при отсутствии противопоказаний). Матку в зависимости от её размеров и формы фиксируют штопором, зажимом Мюзо или прямыми длинными зажимами Кохера, наложенными на её рёбра.

1-й этап операции. Пересечение и перевязка круглых связок. В стандартных случаях все манипуляции начинают справа. Матку отводят кзади и влево. Если позволяют анатомические особенности, на рёбра матки накладывают контр- клеммы — длинные зажимы Микулича или Кохера, как можно ближе к ребру. При отсутствии такой возможности (наличие перешеечных интралигаментарных узлов и т.д.) контрзажимы накладывают отдельно при пересечении основных связок (например, на дистальную и проксимальную часть круглой связки, дистальную

и проксимальную часть собственной связки яичника и маточный конец трубы). Потягиванием за зажимы (штопор) матку отводят в сторону, противоположную зоне манипуляций.

Лучше всего пересекать все связки (круглые, собственную связку яичника и маточный конец трубы, подвешивающую связку яичника) в бессосудистых местах, которые хорошо видны, если приподнять связку и посмотреть на неё сзади. Необходимо помнить, что под круглой связкой проходит артерия круглой связки матки, отходящая от нижней надчревной артерии, и вена круглой связки. Они обязательно должны быть включены в зажим и перевязаны. Возможные ошибки:

- пересечение круглых связок слишком близко к матке. Результат: малая подвижность и кровоточивость тканей, ранение сосудов, затруднения уже на первом этапе операции, т.к. продолжение разреза брюшины в сторону мочевого пузыря и параметрия будет затруднительно;
- пересечение круглых связок слишком далеко от матки (практически перед входом связок в забрюшинное пространство). Результат: ускользание связок, кровотечение.

После пересечения круглой связки её немного надсекают в направлении, перпендикулярном культе связки, для того, чтобы было удобнее её лигировать и продолжать дальнейшие манипуляции в обе стороны от связки [рассечение пузырно- маточной складки и брюшины между культей круглой связки и культей придатков матки (или подвешивающей связки яичника)]. Затем, натягивая культю круглой связки, вставляют сомкнутые бранши изогнутых ножниц под брюшину (чтобы просвечивали бранши ножниц), приподнимают брюшину пинцетом в «подвижном месте», туннелируя сомкнутыми ножницами канал в направлении пузырноматочной складки (бранши ножниц должны быть направлены в сторону брюшины и просвечивать через брюшину). Культю круглой связки лигируют с обязательным прошиванием «под носик» наложенного зажима (Микулича), провязывая её «с оборотом», нити не срезают и берут на «держалку» для облегчения проведения последующих этапов операции. Шовный материал: викрил, капроаг, кетгут.

2-й этап операции. Мобилизация или удаление придатков (пересечение и перевязка маточного конца трубы и собственной связки яичников или подвешивающей связки яичника).

Матку отводят в сторону, противоположную зоне манипуляции. При оставлении придатков матки накладывают зажим Микулича на маточную трубу и собственную связку яичника («носик» зажима располагают в бессосудистом месте). Придатки отсекают от матки, прошивают «под носик» зажима и в области собственной связки яичника и надежно перевязывают «с оборотом». Шовный материал: викрил, капрон, кетгут. Если невозможно сразу наложить один зажим на маточную трубу и собственную связку яичника (например, придатки «распластаны» на интралигаментарном миоматозном узле), маточную трубу и собственную связку яичника пересекают отдельно по тем же принципам.

Соответственно, при удалении маточной трубы и оставлении яичника накладывают зажим на мезосальпинкс и собственную связку яичника, отсекают маточную трубу, пересекают собственную связку яичника и лигируют с прошиванием мезосальпинкса собственную связку яичника.

Необходимо подчеркнуть, что все оставляемые культы связок (и особенно сосудов) должны быть соответствующей длины (не менее 1 см), т.к. ткань после рассечения обычно сокращается. Ошибкой считают как оставление короткой (опасность соскальзывания лигатуры), так и чрезмерно длинной (некроз) культы. Лучше всего пересекать все связки (круглые, собственную связку яичника и маточный конец трубы, подвешивающую связку яичника) в бессосудистых местах, которые очень хорошо видны, если приподнять связку и посмотреть на неё сзади «на просвет».

Это особенно важно, если у пациентки выявлено варикозное расширение вен таза и необходимо избежать ненужного кровотечения и проведения гемостаза уже в самом начале операции. Варикозно расширенные вены часто бывают в широкой связке матки, подвешивающей связке яичника и ниже, и простираются латеральнее шейки за мочевым пузырём. Возможные ошибки на данном этапе операции: собственная связка яичника представляет собой, как правило, очень короткий тяж, соединяющий маточный конец яичника с маткой, и связка может ускользнуть из зажима после пересечения или перевязки связки. Во избежание этого контрклемму необходимо накладывать максимально близко к матке, оставляя, таким образом, пространство для наложения основного зажима. Кроме этого, после перевязки и перед перитонизацией культю придатков необходимо повторно тщательно осмотреть на предмет надёжности гемостаза.

При удалении придатков зажимы накладывают на подвешивающую связку яичника. Для этого матку отводят в сторону и вперед (придатки можно фиксировать овариальным зажимом и приподнять), чтобы хорошо видеть подвешивающую связку яичника и все её структуры, в том числе вены, нередко варикозно расширенные. Зажим накладывают на связку по ранее изложенным правилам, при этом носик зажима нужно располагать в бессосудистом месте. Необходимо помнить, что перевязка подвешивающей связки яичника, маточных сосудов, любые манипуляции в параметрии всегда представляют опасность в связи с возможностью травмирования мочеочника.

Перед тем, как пересечь подвешивающую связку яичника, нужно, как минимум, пальпаторно определить ход мочеочника. Для пальпаторного определения уровня расположения мочеочников используют следующий приём: большой палец правой руки располагают в параметрии, четыре остальных — на заднем листке широкой связки матки таким образом, чтобы пальпировать структуры, расположенные на заднем листке, как бы перебирая их между большим и остальными пальцами (как при счёте купюр). Характерные пальпаторные ощущения и

«щелканье» — звук при пальпации — позволяют при определённом опыте определить ход мочеточника.

У худощавых женщин на заднем листке видна так называемая мочеточниковая складка, и мочеточник хорошо визуализируется через задний листок выше и латеральнее крестцовоматочной складки. Пальпаторно различить мочеточник и артериальные стволы достаточно просто: мочеточник перистальтирует, особенно при дотрагивании до него, крупные сосуды (артерии) пульсируют.

В типичных случаях это достаточно простые манипуляции, и повредить мочеточник при соблюдении всех хирургических правил, описанных в данном разделе, маловероятно. Однако при проведении атипичных гистерэктомий, особенно при наличии инфильтратов или миоматозных узлов в параметрии, а также у тучных больных, или при формировании гематом в параметрии и в области подвешивающей связки яичника, в процессе операции достаточно сложно пальпаторно дифференцировать мочеточник и сосуды (особенно крупные вены) параметрия. В таких случаях обязателен визуальный контроль хода мочеточника.

После определения хода мочеточника подвешивающую связку яичника пересекают с обязательным прошиванием у «носика» зажима с захватом двух листков брюшины и его основания в бессосудистом месте и перевязывают «с оборотом». Нити также не срезают и берут на «держалку».

Далее параметрий бережно «раскрывают» настолько, чтобы впоследствии погрузить культы связок. Любые грубые манипуляции в параметрии (например, энергичное сдвигание тканей тупфером), равно как и в других областях, недопустимы, т.к. это может привести к повреждению легкоранимых, часто расширенных вен. Аналогичные манипуляции производят и с противоположной стороны (слева).

3-й этап операции. Мобилизация мочевого пузыря. Матку отводят кзади, при потягивании за культы круглых связок рассекают пузырноматочную складку. Не следует рассекать пузырноматочную складку очень близко как к матке (малая подвижность, трудности при смещении мочевого пузыря), так и к мочевому пузырю (ранение). Использование приёма захвата пинцетом наиболее подвижной части пузырноматочной складки и последующего туннелирования сомкнутыми ножницами (бранши ножниц должны просвечивать через брюшину) при натягивании круглых связок матки ассистентом позволяет оптимально выполнить данный этап операции и предотвратить ранение мочевого пузыря.

В типичных случаях проведение данной манипуляции не представляет сложностей, после вскрытия пузырноматочную складку дополнительно отсепааровывают книзу тупым и острым путём вместе с мочевым пузырём. Для этого пинцетом приподнимают край разреза пузырноматочной складки вместе со стенкой мочевого пузыря и плотным тупфером, зажатым в корнцанг, смещают мочевой пузырь вниз по шейке матки.

Важно помнить, что только пространство непосредственно под шейкой матки свободно от сосудов. В связи с этим необходимо визуально и пальпаторно [особенно при изменённых анатомических отношениях (интралигаментарные миомы, инфильтративные процессы)] уточнять положение шейки матки перед данной манипуляцией (шейку матки отличают от других структур по плотности и форме). Мочевой пузырь нужно смещать строго по передней поверхности шейки, чтобы не отклониться латерально в ту или иную сторону и предотвратить кровотечение из венозного сплетения Санторини, расположенного латеральнее шейки, в котором часто бывают крупные расширенные вены.

Мочевой пузырь смещают до тех пор, пока манипуляция идёт легко и можно чётко визуализировать переднюю поверхность шейки матки. В дальнейшем мобилизацию мочевого пузыря осуществляют следующим образом: лигируют маточные сосуды, затем между ними в поперечном направлении рассекают предпузырную фасцию (*fascia antevesicale*) и уже вместе с ней смещают мочевой пузырь (интрафасциальная методика по Ричардсону). Не нужно сдвигать пузырь больше, чем это необходимо (ниже места соединения влагалища и шейки матки, т.е. ниже переднего свода). Исключение: необходимость иссечения части (верхней трети) влагалища при наличии пролапса с выраженным цистоцеле или онкопатологии (РШМ). В таком случае мочевой пузырь смещают дополнительно поэтапно после лигирования сосудов паравагинальной клетчатки.

У пациенток со спаечными и инфильтративными изменениями предпузырной клетчатки (операции кесарева сечения в анамнезе, воспалительные или эндометриоидные инфильтраты позадипузырной клетчатки, перешеечные и шеечные ММ), при которых мочевой пузырь может быть распластан на опухоли или инфильтрате, данная манипуляция может представлять значительные трудности. В таких случаях мобилизацию мочевого пузыря начинают от круглых связок и идут к центру (шейке), поэтапно, по месту наибольшей подвижности и хорошей визуализации, захватывая и отводя левой рукой к лону мочевой пузырь. В таких случаях мочевой пузырь отделяют только острым путём (препаровочными ножницами).

4-й этап операции. Пересечение сосудистых пучков. Маточная артерия — ветвь внутренней подвздошной артерии — подходит к боковой поверхности матки (ребру) на уровне внутреннего зева, её сопровождает одна или несколько вен, нередко варикозно расширенные. Далее маточная артерия делится на основную и влагалищную ветви. Основная ветвь маточной артерии от области внутреннего зева поднимается по ребру матки, влагалищная артерия направляется вниз.

Пересечение и перевязку сосудистого пучка при экстирпации матки проводят, как правило, на уровне или чуть ниже внутреннего зева.

Хорошим приёмом, позволяющим надёжно лигировать маточные сосуды и предотвратить травму мочеочника, считают рассечение заднего листка брюшины у ребра матки до уровня внутреннего зева. Данную манипуляцию необходимо проводить при хорошей визуализации со

стороны раскрытого параметрия, используя пинцет и препаровочные ножницы (бранши должны быть обращены к заднему листку и просвечивать через него). Хотя с помощью этого приема предотвращают травму мочеточника, логично повторное определение его хода описанным выше пальпаторным приёмом.

Матку оттягивают в противоположную сторону. На сосудистый пучок на уровне или чуть ниже внутреннего зева накладывают зажим перпендикулярно артерии непосредственно у шейки матки. Для включения всего сосудистого пучка целесообразно применять специальный приём: «носики» браншей раскрытого зажима Микулича помещают следующим образом: передний — на переднюю поверхность шейки матки, задний — на заднюю, затем зажимом как бы соскальзывают с шейки матки, включая таким образом весь сосудистый пучок. Контрклемму накладывают на сосуды выше по ребру матки.

Сосудистый пучок пересекают и лигируют с прошиванием у «носика» зажима, концы лигатур обязательно срезают. Затем ту же манипуляцию производят с другой стороны. Культия сосудистого пучка всегда сокращается, поэтому нельзя очень коротко, сразу над зажимом отсекать сосуды, целесообразно оставить культю сосудов длиной около 1 см, что облегчает перевязку и в дальнейшем предупреждает соскальзывание лигатуры. Для этого контрклемму следует накладывать на расстоянии 1,5–2 см от основного зажима.

В дальнейшем можно использовать интрафасциальную методику, предложенную Ричардсоном, считая её оптимальной и наиболее безопасной для проведения гистерэктомии. По данной методике все манипуляции выполняют в пределах (внутри) фасциальных структур, кольцевидно охватывающих шейку матки.

Оставаясь в пределах фасциального листка, можно предотвратить повреждение мочеточника и мочевого пузыря. Методика может быть применена в большинстве случаев, кроме следующих:

- онкопатология (наличие или подозрение на злокачественный процесс тела или шейки матки), т.к. лимфатические сосуды проходят в данном фасциальном листке и его необходимо удалить, что составляет дополнительный риск травмирования мочеточника при операции по поводу рака;
- гинекологические заболевания, сопровождающиеся грубым нарушением анатомических взаимоотношений, частичным или полным повреждением фасции (тяжелый гнойноинфильтративный процесс, обширный ретроцервикальный эндометриоз и пр.).

5-й этап операции. Рассечение предпузырной фасции (*fascia antevessicale*). На уровне ранее пересечённых сосудистых пучков пересекают поперечным или V-образным разрезом ножницами предпузырную фасцию (до ткани шейки) и смещают ткань с передней поверхности шейки матки в перпендикулярном направлении к лону, строго вниз по шейке матки тугим маленьким тупфером («пуговкой»).

6-й этап операции. Пересечение и лигирование крестцовоматочных связок. В месте перехода брюшины с матки на прямую кишку брюшина формирует прямокишечноматочное углубление и две боковые складки, идущие к крестцу и содержащие пучки мышечнофиброзных волокон (крестцовоматочные связки). Для пересечения крестцовоматочных связок матку максимально оттягивают к лону и на крестцовоматочные связки у места их отхождения в направлении, перпендикулярном по отношению к матке, накладывают зажимы Микулича. Крестцовоматочные связки пересекают, между связками пересекают брюшину и надсекают ректовагинальную фасцию, обнажая ректовагинальное пространство. Крестцовоматочные связки лигируют кетгутом или викрилом с прошиванием у «носика» зажима, нити обрезают. Необходимо помнить, что пересечение крестцовоматочных связок также представляет риск травмирования мочеочника, поэтому в сомнительных случаях ход мочеочников следует контролировать.

7-й этап операции. Пересечение и лигирование кардинальных связок. Кардинальные связки находятся непосредственно у шейки матки и состоят из мощных соединительнотканых, эластических и гладкомышечных волокон с большим количеством артериальных и особенно венозных сосудов, проходящих в их основании. Для их пересечения прямой длинный зажим Кохера располагают параллельно шейке так, чтобы передняя бранша зажима находилась спереди на шейке в пределах (на уровне) рассечённой предпузырной фасции, задняя бранша — на задней поверхности шейки перед культей крестцовоматочной связки.

Как бы соскальзывая с шейки, зажимают инструмент параллельно шейке матки и отсекают кардинальную связку от шейки так, чтобы в зажим попала фасция, покрывающая боковую часть шейки матки (частично срезая её). Связку лигируют с прошиванием у нижнего края кетгутом или викрилом, нити срезают. В зависимости от длины шейки матки кардинальные связки пересекают в один или несколько приёмов.

При средней длине шейки кардинальные связки пересекаются в 1–2 приёма, при элонгации шейки может потребоваться многократное их пересечение.

Не следует экономить время на данном этапе операции, т.к. отсечение влагалища при неполной мобилизации шейки и не полностью пересечённых кардинальных связках может привести к плохо контролируемому кровотечению и повреждению сосудистых пучков. Убедившись в достаточном выделении шейки матки, вскрывают один из сводов влагалища. Чаще вскрывают задний: это выгоднее, поскольку он короче. Передний или боковой свод вскрывают при ретроцервикальном эндометриозе, чтобы потом под контролем зрения резецировать заднюю стенку влагалища в случае, если на ней обнаруживают эндометриодные гетеротопии. При атипичных миомах или другой нестандартной ситуации вскрывают тот свод влагалища, который лучше видно.

8-й этап операции. Вскрытие свода влагалища. Пальпаторный признак достижения сводов влагалища: ощущение проваливания или соскальзывания с более плотной шейки на эластичный

задний влагалищный свод. Существует также следующий приём: между большим и указательным пальцем спереди и сзади помещают шейку матки и перемещают пальцы вниз по шейке. Ориентир влагалищных сводов — место, где сомкнутся пальцы.

Возможные трудности — затруднения в отыскании влагалищных сводов — могут быть у акушерских больных, когда экстирпацию матки проводят при значительно укороченной или сглаженной шейке матки мягкой консистенции, а также при инфильтративных процессах в параметрии или шеечных миомах. В таких случаях целесообразно «идти» парацервикально, поэтапно пересекая и лигируя кардинальные связки до тех пор, пока не вскрыется боковой влагалищный свод.

Влагалищный свод захватывают зажимом Микулича и вскрывают его длинными изогнутыми ножницами, шейку матки фиксируют пулевыми щипцами и поэтапно отсекают её от влагалищных сводов по зажимам Микулича, накладываемым циркулярно непосредственно под шейкой матки (чтобы не укоротить влагалище) под обязательным визуальным контролем культей маточных сосудов, мочевого пузыря, прямой кишки. В открытое влагалище вводят марлевый тампон, смоченный йодонатом или этиловым спиртом (тампон удаляют на операционном столе после окончания операции).

9-й этап операции. Гемостаз влагалищной трубки. Влагалищная трубка — прекрасный естественный дренаж, расположенный низко в брюшной полости, т.е. там, где по законам физики скапливается любая жидкость (кровь, гной, раневой экссудат). Ни при каких обстоятельствах не следует зашивать влагалищную трубку наглухо, т.к. в последнем случае будут «отрезаны» все пути для контроля (кровотечение, инфекция) и ликвидации возможных послеоперационных осложнений (гематомы, абсцессы) влагалищным доступом.

Применяют бестампонный метод дренирования по Брауде, который состоит в том, что переднюю стенку влагалища сшивают с пузырноматочной складкой, заднюю — с крестцовоматочными связками и прямокишечноматочной складкой. Этим достигают перитонизации обнажённых поверхностей мочевого пузыря и прямой кишки и гемостаз стенок влагалища. При таком способе боковые и паравагинальные забрюшинные пространства таза открываются во влагалище для оттока лимфы, крови или гноя. Используют рассасывающиеся нити (кетгут, лучше викрил).

При наложении швов на влагалище следует обращать особое внимание на проведение гемостаза в области боковых стенок влагалища, так как именно там проходят влагалищные ветви маточной артерии и располагаются культы маточных сосудов.

Целесообразен следующий порядок выполнения данного этапа операции:

- накладывают фиксирующий шов по Брауде на левую боковую стенку влагалища. Для этого прошивают переднюю стенку влагалища (вкол со стороны влагалища), затем нить помещают (аккуратно фиксируют) на уровне или чуть ниже культы сосудистого пучка, далее

прошивают заднюю стенку влагалища перед культей крестцовоматочной связки (снаружи внутрь), с выколом в просвет влагалища близко к месту вкола (в таком случае происходит оптимальная фиксация сосудистого пучка к боковой стенке влагалища). Нити завязывают, концы обрезают. Таким образом сосудистый пучок и паравагинальные ткани надёжно дополнительно фиксируют к боковой стенке влагалища;

- гемостаз задней стенки влагалища: левую крестцовоматочную связку подшивают к задней стенке влагалища, далее заднюю стенку влагалища сшивают с прямокишечноматочной складкой, затем с правой крестцовоматочной связкой отдельными или восьмиобразными швами. Лигатуры берут на одну «держалку»;

- накладывают фиксирующий шов по Брауде на правую боковую стенку влагалища так же, как слева (вкол из влагалища на переднюю стенку, фиксация сосудистого пучка, прошивание задней стенки влагалища с выколом в просвет влагалища);

- гемостаз передней стенки влагалища осуществляют за счёт последовательного наложения отдельных или восьмиобразных швов с захватом (включением) в швы пузырноматочной складки. При использовании интрафасциальной методики целесообразно включить в швы также ранее рассечённую предпузырную фасцию. Нити берут на «держалку», что облегчает визуализацию влагалищной трубки и выполнение перитонизации.

10-й этап операции. Перитонизация. Существуют 2 варианта перитонизации в зависимости от преследуемой цели. Возможен вариант с изоляцией зоны операции от брюшной полости (брюшная полость не сообщается с открытой влагалищной трубкой). В этом случае накладывают один непрерывный шов. Сначала накладывают полукишечный шов на параметрий слева: прошивают задний листок широкой связки — культю придатков матки (или культю подвешивающей связки яичника) — брюшину между подвешивающей связкой яичника и круглой связкой — культю круглой связки — передний листок широкой связки. Шов завязывают за связками таким образом, чтобы вышеперечисленные культы были погружены в параметрий.

Далее шов продолжают в линейный: над ранее обшитым влагалищем сшивают пузырноматочную складку или брюшину, покрывающую мочевого пузырь и прямокишечноматочную складку (или брюшину прямой кишки).

Затем непрерывный шов продолжают в полукишечный справа: прошивают задний листок широкой связки — культю придатков матки (или культю подвешивающей связки яичника) — брюшину между подвешивающей связкой яичника и круглой связкой — культю круглой связки — передний листок широкой связки. Шов также завязывают таким образом, чтобы все культы были погружены в параметрий. При проведении перитонизации все кровоточащие места брюшины включают в шов и затягивают. При таком способе перитонизации все большие кровеносные сосуды, которые могут дать кровотечение в послеоперационном периоде, расположены экстраперитонеально, что легко контролировать через открытый купол влагалища.

Другой вариант — перитонизация с оставлением влагалищной трубки, открытой в брюшную полость. Показания: кровотечение или инфекция брюшной полости, необходимость дренирования малого таза через открытый купол влагалища. В данном случае параметрий закрывают двумя кисетными швами по описанной выше схеме с завязыванием обеих лигатур у боковых стенок влагалища.

При необходимости через открытый купол влагалища можно ввести дренажи для проведения активного дренирования (аспирационнопромывное дренирование).

Возможные ошибки при проведении перитонизации:

- при манипуляциях с задними листками широких связок необходимо помнить о мочеточниках, стремиться захватывать прозрачные участки брюшины, при включении неясных тяжей обязательно пальпировать мочеточник;
- перфорация иглой сосудов в области культей связок. Во избежание данного осложнения при проведении перитонизации культи связок необходимо фиксировать в бессосудистых местах;
- кровотечение (гематома), выявленное по завершении перитонизации. Для исключения подобного осложнения операционное поле должно быть ещё раз тщательно осмотрено на предмет адекватности гемостаза перед проведением перитонизации. Особое внимание следует уделять культям сосудов и связок, особенно если они массивные или перевязка производилась в трудных технических условиях. При необходимости следует еще раз перевязать культи, т.к. проведение гемостаза при завершённой перитонизации (кроме очевидных случаев, когда визуально определяют источник кровотечения, например, из участка неключенной в шов брюшины или влагалища при открытом куполе) считают трудной и опасной манипуляцией. В такой ситуации недопустимо наложение слепых обкалывающих, особенно глубоких швов, т.к. это неэффективно и может привести к усилению кровотечения при повреждении иглой крупного сосуда, а также прошиванию мочеточника, мочевого пузыря или прямой кишки. В таких случаях лучше пожертвовать временем и распустить перитонизацию для поиска источника кровотечения.

7. Осложнения операции экстирпации матки

Интраоперационные осложнения

Повреждение мочевого пузыря. При всех видах чревосечений есть опасность ранения верхушки мочевого пузыря, особенно при высокостоящем или фиксированном спайками мочевом пузыре. Профилактикой этого осложнения могут служить обязательное выведение мочи перед операцией и тщательный визуальный контроль при рассечении париетальной брюшины.

Повреждение мочевого пузыря возможно также при неанатомичном отделении мочевого пузыря от шейки матки, а также при наличии спаек, инфильтратов или узлов опухоли между маткой и мочевым пузырём. Обычно при рассечении тканей, близких к мочевому пузырю, или собственно мочевого пузыря возникает кровотечение из множества мелких сосудов (сигнал для

хирурга приостановить манипуляции). Мышца мочевого пузыря имеет свои особенности («мясные» волокна), слизистая мочевого пузыря также имеет характерный вид (тонкая, бледного цвета, иногда через слизистую просвечивает жидкость — моча). Дальнейшее рассечение слизистой приводит к истечению мочи в рану, если пузырь катетеризирован, в ране может быть обнаружен катетер.

Повреждение мочевого пузыря возможно также при пересечении маточных сосудов, кардинальных связок без предварительной мобилизации мочевого пузыря (при этом, как правило, травмируют «ушко» мочевого пузыря с соответствующей стороны), грубом отсечении влагалища от шейки матки без визуального контроля и отведения зеркалом мочевого пузыря (травмируют заднюю стенку).

Диагностированное повреждение мочевого пузыря — неприятное, но достаточно легко устранимое осложнение. В таких случаях проводят зашивание мочевого пузыря, вводят катетер Фолея на 7 сут. В случае недиагностированного повреждения мочевого пузыря в последующем формируются пузырновлагалищные свищи, которые требуют реконструктивной операции. Самостоятельно могут зажить лишь небольшие повреждения мочевого пузыря в области его верхушки при условии отведения мочи постоянным катетером. Кровотечение. Формирование гематом

Причины:

- лигирование связок без прошивания;
- оставление слишком короткой культи;
- чрезмерное потягивание за культию, что вызывает соскальзывание лигатур;
- повреждение сосуда культи зажимом или иглой при прошивании или перитонизации;
- выскальзывание при перевязке части сосудов (особенно при наличии варикозного расширения вен);
- перевязка других структур, которые принимают за связки или сосуды (при изменённой анатомии).

Наиболее опасно кровотечение из сосудов подвешивающей связки яичника, формирование гематом данной области. Следует помнить, что кровотечение и гематомы данной области должны быть диагностированы немедленно, т.к. в подвешивающей связке яичника проходят яичниковые артерия и вена, отходящие непосредственно от аорты, и гематомы могут быстро прогрессировать и достигать больших размеров (до околопочечной клетчатки). Отсрочка гемостаза и выполнение других, менее важных на данном отрезке времени манипуляций всегда приводят только к увеличению размера и объёма гематомы и делают контроль за кровотечением более затруднительным, что осложняет ориентировку в тканях и проведение гемостаза. В таких случаях риск травмирования мочеточника многократно возрастает. Для остановки кровотечения

необходимо широко раскрыть параметрий (как правило, гематома расслаивает его), удалить сгустки крови, повторно пальпаторно и лучше визуально определить ход мочеточника и только после этого наложить зажим на подвешивающую связку яичника выше ранее наложенной лигатуры, повторно лигировать связку с прошиванием.

Гематомы параметрия. При формировании гематом в параметрии гемостаз также необходимо осуществлять немедленно. Для достижения временного гемостаза прижимают место кровотечения тупфером или рукой и затем при хорошем обзоре (желательно использовать хирургический отсос) повторно накладывают зажим на сосудистый пучок или его часть, не вошедшую в культю. После наложения зажима повторно определяют ход мочеточника (пальпаторно, а если есть сомнения — визуально) и только после этого перевязывают сосуд с прошиванием. Необходимо подчеркнуть, что любые «слепые» манипуляции в параметрии (грубое, бесконтрольное наложение зажимов, пересечение недифференцированных структур) могут привести к повреждению мочеточника и магистральных сосудистых стволов малого таза (в том числе внутренних подвздошных, obturatorных, пузырных, ректальных). В случае продолжающегося кровотечения, увеличения гематомы и невозможности достижения местного гемостаза проводят перевязку внутренней подвздошной артерии.

Повреждение мочеточника. К повреждению мочеточника могут привести пересечение и перевязка подвешивающей связки яичника, маточных сосудов, крестцовоматочных связок, а также любые манипуляции в параметрии при нарушении техники операции даже в типичных случаях, а при наличии инфильтративного процесса или атипичных миом особенно.

Хирургические приёмы, которые целесообразно использовать в ходе операции для предотвращения травмы мочеточника, описаны выше (интрафасциальная методика, пальпаторный и визуальный контроль хода мочеточника при пересечении подвешивающих связок яичника и маточных сосудов). При малейшем подозрении на травму мочеточника необходимо визуально убедиться в его целостности, для чего следует найти его и проследить его ход от терминальной линии до впадения в мочевого пузыря. Как известно, мочеточники расположены забрюшинно. Поиск и выделение мочеточника необходимо начинать в параметрии у места отхождения подвешивающей связки яичника (именно здесь проще всего отыскать неизменённый отдел мочеточника, особенно при наличии параметральных инфильтратов или интралигаментарных миом). Для этого максимально подтягивают культю придатков или подвешивающей связки яичника, фиксируют зажимом задний листок широкой связки матки и широко раскрывают параметрий, при этом визуализируются общие, наружные и внутренние подвздошные артерии и соответствующие вены, окруженные клетчаткой. На *linea innominata* малого таза обнаруживают мочеточник. Он пересекает общую подвздошную артерию вблизи её разветвления на наружную и внутреннюю подвздошные артерии и направляется по стенке малого таза вниз к мочевому пузырю по заднему листку широкой связки матки.

Далее мочеточник проходит в основании широкой связки и отстоит от шейки матки на 1,5–2 см, затем он идёт параллельно маточной артерии, перекрещивает её и направляется кпереди и кверху, причём в месте перекреста с сосудами и до впадения в мочевой пузырь мочеточник отстоит от шейки всего на 0,8–2,5 см. Далее мочеточник на небольшом протяжении лежит на передней стенке влагалища, затем проникает в мочевой пузырь в косом направлении и открывается в углу треугольника Льео. В отсутствие инфилтративных изменений мочеточники окружены рыхлой клетчаткой, их достаточно легко можно отделить от задних листков широких маточных связок. При подозрении на травму мочеточника проводят внутривенное введение раствора метиленового синего. При диагностированном повреждении мочеточника в зависимости от степени его повреждения зашивают стенки мочеточника на мочеточниковом катетере или стенте при его пристеночном ранении или накладывают уретероцистоанастомоз при его пересечении. При недиагностированном повреждении мочеточника возникают мочеточникововлагалищные свищи, которые в дальнейшем подлежат реконструкции.

Послеоперационные осложнения

Кровотечение в послеоперационном периоде после операции экстирпации матки может быть связано с техническими трудностями или погрешностями в проведении операции, соскальзыванием лигатур, недостаточно тщательным проведением гемостаза. Для профилактики послеоперационного кровотечения нужно исключить из практики перевязку больших объёмов тканей. При правильной технике операции (бестампонное дренирование по Брауде, оставление влагалищного купола открытым) кровотечение после экстирпации матки всегда наружное.

При способе перитонизации с изоляцией зоны операции от брюшной полости все большие кровеносные сосуды, которые после экстирпации матки могут дать значимое кровотечение в послеоперационном периоде, расположены экстраперитонеально, кровотечение будет наружным через открытый купол влагалища (если только источник кровотечения, например, не сальник). В таких случаях в условиях операционной необходимо предпринять попытку гемостаза вагинальным доступом. Это возможно при хорошей визуализации (обезболивание, освещение, использование отсоса) путём наложения длинных зажимов на кровоточащие участки (как правило, это боковые стенки влагалища) и последующего прошивания длительно рассасывающимся шовным материалом. При продолжающемся кровотечении показана релапаротомия.

При втором варианте перитонизации (с оставлением влагалищной трубки, открытой в брюшную полость) также любое кровотечение будет наружным. В данном случае в условиях операционной также вначале пытаются осмотреть купол влагалища и достичь гемостаза влагалищным доступом (если источник кровотечения — стенки влагалища). При отсутствии явного источника из стенки влагалища и продолжающемся кровотечении из открытого купола влагалища показано чревосечение.

Инфекционные послеоперационные осложнения:

- раневая инфекция;
- нагноение гематом (параметрия и других областей малого таза);
- перитонит и сепсис;
- тромбоэмболические осложнения (описаны в соответствующих разделах руководства).

Возможные отсроченные осложнения после экстирпации матки:

- кровотечение из купола влагалища;
- некроз купола влагалища;
- выпадение петель кишечника через купол влагалища.

Необходима профилактика инфекционных послеоперационных осложнений. Всем больным при отсутствии противопоказаний проводят антибиотикопрофилактику: целесообразно применение защищённых пенициллинов, например, амоксициллин + клавулановая кислота в дозе 1,2 г внутривенно во время вводного наркоза. Варианты: цефуроксим в дозе 1,5 г внутривенно во время выполнения кожного разреза в сочетании с метронидазолом в дозе 0,5 г внутривенно капельно. При наличии значимых дополнительных факторов риска (сахарный диабет, нарушение жирового обмена, анемия, онкопатология, длительные операции, повторные чревосечения) целесообразно 3кратное периоперационное применение антибиотиков, например введение 1,2 г амоксициллина + клавулановой кислоты внутривенно во время выполнения кожного разреза и дополнительно по 1,2 г внутривенно через 8 и 16 ч. Варианты: цефуроксим в дозе 1,5 г внутривенно во время выполнения кожного разреза в сочетании с метронидазолом в дозе 0,5 г внутривенно капельно, затем 0,75 г цефуроксима внутримышечно в сочетании с 0,5 г метронидазола внутривенно капельно через 8 и 16 ч. Противопоказания для проведения антибиотикопрофилактики: непереносимость антибиотиков (аллергические реакции в анамнезе) или наличие поливалентной аллергии.

8. Особенности ведения послеоперационного периода

В послеоперационном периоде необходимо:

- адекватное обезболивание;
- ранняя активизация пациенток: на 2е сутки после операции (с предварительным бинтованием нижних конечностей);
- применение в программе лечения инфузионной терапии в режиме умеренной гиперволемии в течение первых 2х суток;
- применение пневматической манжеточной компрессии с первых суток послеоперационного периода и до выписки пациенток, ношение бандажа и компрессионного белья;
- использование специфических способов профилактики тромбоэмболических осложнений, прямых антикоагулянтов. Целесообразно использование НМГ — надропарина кальция (2850 МЕ антиХа активности) под кожу живота в течение 5– 7 дней (при массе тела больной более

100 кг дозу необходимо удвоить), средств, улучшающих реологические свойства крови — реополиглюкин ©, пентоксифиллин;

- мягкая стимуляция кишечника за счёт применения, в первую очередь, эпидуральной блокады, адекватной инфузионной терапии в объёме нормо или незначительной гиперволемии и преимущественного использования препаратов метоклопрамида, оказывающих регулирующее влияние на моторику ЖКТ. При отсутствии достаточного эффекта показано применение других тономоторных средств (неостигмина метилсульфата, пиридостигмина бромид, дистигмина бромид). При парезе кишечника эффективна стимуляция неостигмина метилсульфатом по следующей схеме: по 1,0 мг внутримышечно каждые полчаса (2 инъекции), затем — очистительная клизма. В профилактике пареза кишечника немаловажную роль играет коррекция гипокалиемии;
- ежедневная обработка шва раствором бриллиантовой зелени или марганцовокислого калия, применение спринцевания — с 3–4х суток после операции;
- выписка на 6–8е сутки.

На этапе восстановительного амбулаторного лечения целесообразно рекомендовать:

- использование антиагрегантов (ацетилсалициловая кислота), спазмолитических и вазоактивных препаратов, венотоников — диосмин + гесперидин (детралекс©), троксерутин, эсцин + тиамин (эскузан ©), энзимотерапии;
- применение НПВС в виде ректальных свечей (индометацин или диклофенак) по 1 свече (50 мг) на ночь в течение 10 дней.

9. Заключение

Эффективность лечебных мероприятий оценивают по количеству случаев рецидивирования и прогрессирования заболевания.

При расширенной экстирпация матки особенностью послеоперационного периода является большая частота осложнений (мочеполовые свищи, шок, перитонит, вторичное кровотечение из сосудов, цистит, пиелонефрит, пневмония, тромбоз глубоких вен нижних конечностей и малого таза). В связи с этим в послеоперационном периоде необходим тщательный контроль за состоянием больной.

После операции больным рекомендуют ранние движения в постели, ЛФК; вставать разрешают на 2— 3-и сутки. Выписывают больных при неосложненном течении послеоперационного периода на 10—12-е сутки.

Послеоперационная летальность при экстирпации матки в последние годы значительно снизилась. При Расширенной экстирпации матки, по данным зарубежных исследователей, летальность составляет в среднем 1-2%.

10. Список используемой литературы

1. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
2. Гинекология: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер.
3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное/Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
- 4.. Диагностика гинекологических заболеваний с курсом патологической анатомии/ Серов В.Н., Звенигородский И.Н, 139 стр., 2003 г.
5. Оперативная гинекология//Рембез И.Н./ 232 стр., 1985 г.
6. Оперативная гинекология Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И./2006г.