**ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России**

**Кафедра оперативной гинекологии ИПО**

Зав.кафедрой:

д.м.н., Доцент

Макаренко Т.А.

Реферат на тему

«Влагалищный доступ в оперативной гинекологии»

Выполнила:

Клинический ординатор

Кафедры оперативной гинекологии ИПО

Ермохина Владислава Сергеевна

КРАСНОЯРСК 2021

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

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Рецензия д.м.н., доцента Макаренко Татьяны Александровны на реферат клинического ординатора первого года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Ермохиной Владиславы Сергеевны по теме «Влагалищный доступ в оперативной гинекологии».

Основные оценочные критерии рецензии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Оценочный критерий | Положительный/отрицательный |
| 1 | Структурированность |  |
| 2 | Наличие орфографических ошибок |  |
| 3 | Соответствие текста реферата теме |  |
| 4 | Владение терминологией |  |
| 5 | Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы |  |
| 6 | Логичность доказательной базы |  |
| 7 | Умение аргументировать основные положения и выводы  |  |
| 8 | Использование известных научных источников |  |
| 9 | Умение сделать общий вывод |  |

Итоговая оценка:

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

СОДЕРЖАНИЕ

1. Анатомия женских половых органов

2. Влагалищная экстирпация матки (вагинальная гистерэктомия)

3. Хирургическая анатомия влагалища

4. Хирургические доступы

5. Научные исследования

6. Список литературы

**Анатомия женских половых органов**

**К наружным половым органам у женщин относятся**: лобок, большие и малые половые губы, бартолиновы железы, клитор, преддверие влагалища и девственная плева, которая является границей между наружными и внутренними половыми органами.

К внутренним половым органам относятся: влагалище, матка, маточные трубы и яичники.

Подвешивающий аппарат внутренних половых органов включает следующие связки:

1.Круглые связки матки (ligg. teres uteri).
2.Широкие связки матки (ligg. latae uteri) Это дупликатура брюшины, идущая от ребер матки до боковых стенок таза. В верхних отделах широких связок матки проходят маточные трубы, на задних листках расположены яичники, между листками — клетчатка, сосуды и нервы.
3.Собственные связки яичников (ligg. ovarii proprii, s. ligg. suspensorii ovarii) начинаются от дна матки сзади и ниже места отхождения маточных труб и идут к яичникам.
4. Связки, подвешивающие яичники, или воронкотазовые связки (ligg. suspensorium ovarii, s.infundibulopelvicum), являются продолжением широких маточных связок, идут от маточной трубы до стенки таза.

Промежность. Промежностью считается участок между задней спайкой и анусом. В топографической анатомии к про­межности относят область выхода малого таза. Она имеет ром­бовидную форму со следующими границами: спереди — ниж­ний край лона, сзади — верхушка копчика, по сторонам — лобковые и седалищные кости. Линия между седалищными буграми делит ее на две части — мочеполовую и заднепроход­ную области. В мочеполовой области расположена мочеполо­вая диафрагма, в заднепроходной — диафрагма таза. Эти две диафрагмы образуют тазовое дно Диафрагма таза образована m. levator ani (мышца, поднимающая задний проход), т . coccygeus (копчиковая мыш­ца) и т . sphincter ani externus (наружный сфинктер заднего прохода). М. levator ani имеет треугольную форму и состоит их двух мышц: передней — лобково-копчиковой мышцы и задней —подвздошно-копчиковой мышцы. Обе эти мышцы начинаются от внутренней поверхности костей таза, а также от утолщен­ной части тазовой фасции. Волокна m. levator ani образуют воронку, суживающуюся по направлению книзу. В передней части этой мышцы ее внутренние края не смыкаются, между ними под лонной дугой расположена мочепо­ловая диафрагма. Через последнюю проходят мочеиспуска­тельный канал и влагалище. Мочеполовая диафрагма представляет фасциально-мы­шечную пластину между нижними ветвями лобковых и се­далищных костей. Мышцами мочеполовой диафрагмы являются мышцы диафрагмы (глубокий слой) и мышцы наружных половых органов (поверхностный слой). Глубокий слой состоит из transversus perinei profundus (глубокая поперечная мышца промежности) и m. sphincter urethrae (мышца, сжимающая уретру). Глубокая поперечная мышца промежности до лон­ного сращения не доходит и отделена от него двумя связка­ми — поперечной связкой промежности и дугообразной связ­кой лобка.

К поверхностному слою мышц тазового дна относятся: m. transversus perinei superficialis (поверхностная поперечная мышца промежности), m. ischiocavernosus (седалищно-пещеристая мышца) и m. bulbospongiosus (луковично­ губчатая мышца).

Кровоснабжение тазового дна осуществляется преимуще­ственно ветвями аа. pudenda interna, rectalis inferior.

Влагалище. Представляет собой утолщенную спереди иисзади трубку, имеющую на поперечном разрезе вид буквы Н, причем передняя и задняя стенки соприкасаются друг с другом. Длина влагалища 8-10 см. Передняя стенка вла­галища короче задней. Верхний конец влагалища в виде свода окружает влагалищную часть шейки матки, обuразуя передний, задний и два боковых влагалищных свода. Вход во влагалище отграничен от наружных половых органов девственной плевой. Передняя стенка влагалища примы­кает к мочевому пузырю и мочеиспу-скаlтiелbьному каналу, задняя стенка влагалища — к прямой кишке. В области про­межности между влагалищем и прямой кишкой находятся мышцы промежности. Стенка влагалища состоит из двух слоев — слизистая и мышечная оболочки. В слизистой обо­лочке желез нет, имеются отдельные лимфоидные фоллику­лы и болaьшое количество эластических волокон. Мышечная оболочка состоит из наружного продольного и внутреннего кругового слоев.

Кровоснабжение влагалища осуществляется за счет ветвей a. vaginalis (влагалищная артерия), являющейся нисходящей ветвью a. uterina. Проходя по боковым стенкам влагалища, она осуществляет кровоснабжение в основном ее верхней трети. Среднюю треть влагалища питает a. vesicalis inferior (нижняя пузырная артерия), нижнюю треть — a. rectalis me­diana (средняя прямокишечная артерия) и a. pudenda interna (внутренняя половая артерия).

К подвешивающему аппарату относятся: широкие и кру­глые связки матки, собственные связки яичников, подвеши­вающие связки яичников (ранее назывались воронко-тазовые связки).Широкие маточные связки представляют собой листки брю­шины, покрывающие переднюю и заднюю и заднюю поверхности матки, соединяющиеся у ребер матки и направляющиеся к боковым стенкам таза, где они переходят в париетальную брюшину.

К закрепляющему аппарату относятся: 1) кардинальные связки; 2) крестцово-маточные связки; 3) маточно – пузрные связки; 4) лобково-пузырные связки.

**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.

**В настоящее время существует одно абсолютное противопоказание к выполнению миомэктомии – наличие злокачественной опухоли.**

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.

**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.**

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.

**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.

**Хирургические дотупы:**

**Брюшностеночное чревосечение**. Чревосечение — вскрытие брюшной полости с обязательным

рассечением мышечно-апоневротических слоев передней брюшной стенки во всю ее толщу для создания доступа к органам брюшной полости и малого таза

**Мини-чревосечение**. Мини-чревосечение (мини-лапаротомия) — чревосечение с рассечением кожи передней брюшной стенки на протяжении 3-6 см в местах, типичных для обычного чревосечения.

**Лапароскопический доступ** Эндоскопические операции выполняют лапароскопическим

доступом

**Гистероскопический доступ** Внутриматочные оперативные вмешательства.

**Влагалищный доступ** влагалище служит естественным путем к выполнению операций на вышележащих половых органах.

Вхождение в брюшную полость через влагалище можно
осуществить двумя способами: 1) через передней свод влагалища— передняя кольпотомия;
2) через задний свод влагалища — задняя кольпотомия.

Техника передней кольпо т омии (рис. 3.7).Шейку матки обнажают в зеркалах, захватывают пулевыми щипцами и низводят книзу, к преддверью влагалища. Ложкообразное зеркало заменяют широким коротким зеркалом. Разводят боковые стенки влагалища расширителями типа Фарабефа. Хирург рассекает переднюю стенку влагалища до пузырновлагалищной фасции, имеющей белый цвет. Разрезы стенки влагалища могут быть различными: продольный, поперечный, Т-образный, лоскутный (подковообразный). Предпочтительнее подковообразный разрез, так как меньше травмируется мочевой пузырь и получается большее отверстие во влагалищном своде. При поперечном направлении разреза он должен проходить на уровне прикрепления мочевого пузыря к шейке матки, который находится приблизительно во влагалищном своде в области последней поперечной складки влагалища. Там, где кончается гладкий покров влагалищной части шейки матки и начинается поперечная складка слизистой влагалища, надо произвести поперечный разрез. Если есть сомнения в расположении нижней границы мочевого пузыря, в мочевой пузырь вводят металлический мочевой катетер и пальцем через стенку влагалища пальпируют его нижний конец, который и указывает на нижнюю границу мочевого пузыря.

В большинстве случаев производят переднюю кольпотомию, так как через разрез в переднем своде легче вывести матку, а за нею придатки из брюшной полости.

А— подковообразный разрез стенки влагалища на границе переднего свода влагалища и влагалищной части шейки матки; .
Б — рассечение соединительнотканных волокон между шейкой матки и мочевым пузырем;
В — отсепаровка влагалищного лоскута вместе с мочевым пузырем кверху тупым путем;
Г — мочевой пузырь с влагалищным лоскутом отсепарован до пузырно-маточной складки.

Техника задней кольпотомии как операции, открывающей доступ к внутренним половым органам, состоит из следующих этапов:

— захватывание шейки матки пулевыми щипцами;
— низведение шейки матки и оттягивание ее к лону;
— разрез стенки заднего свода влагалища;
— вскрытие брюшной полости;
— сшивание брюшины с нижним краем разреза стенки свода;
— зашивание брюшины;
— зашивание влагалищного свода

з а д н е й к о л ь п о т о м и и для о п о р о ж н е н и я а б с ц е с с а . Шейку матки не захватывают пулевыми щипцами, не стягивают и не низводят во избежание разрушения рыхлых сращений вокруг абсцесса. Производят его пункцию и по верхнему краю иглы поперечно разрезают стенку влагалища на 3 -4 см. Гнойник опорожняют, осторожно обследуют пальцем его полость, края раны обшивают.

Осложнения влагалищного доступа:

— ранение мочевого пузыря;
— ранение прямой кишки.

Ранение мочевого пузыря может происходить на следующих этапах передней кольпотомии:
1) рассечение стенки влагалища;
2) отсепаровка мочевого пузыря;
3) вскрытие брюшины.

Мочевой пузырь может быть поврежден вследствие непопадания в нужный слой тканей, которое бывает при поверхностном или слишком глубоком разрезе стенки влагалища. В последнем случае можно рассечь не только стенку влагалища и фасцию, но и мочевой пузырь. При попытках тупого отделения мочевого пузыря от шейки матки без предварительного рассечения соединительнотканных волокон может расслоиться мышечная оболочка и разорваться слизистая оболочка со вскрытием полости мочевого пузыря.

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.

**Научные исследования**

**ГУРИН А.Л.1, ГАНЧАР Е.П.1, КОЛЕСНИКОВА Т.А.2, КЕДА Л.Н.2**

изучить клинические аспекты гистерэктомии по поводу миомы матки с использованием влагалищного оперативного доступа.проведен анализ историй болезни 44 пациентов, которым была произведена влагалищная гистерэктомия с придатками по поводу миомы матки. Для каждого пациента составлялись протоколы, в которых отражались анамнестические данные, методы дооперационного обследования, ход операции, течение послеоперационного периода

Влагалищная гистерэктомия состояла из традиционных этапов.

Величина интраоперационной кровопотери колебалась в пределах 50-250 мл (в 96,2 % случаев составила 125 мл). Средняя продолжительность операции составила 55±15 мин. Интраоперационных и послеоперационных осложнений выявлено не было. Средняя продолжительность послеоперационного периода – 6 койко/день

Влагалищный доступ при выполнении гистерэктомии имеет ряд преимуществ: минимальная травматизация, косметический эффект вследствие отсутствия рубца на передней брюшной стенке, отсутствие осложнений послеоперационного периода.

ЖУРНАЛ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗОВАНИЕ В XXI ВЕКЕ
Учредители: Сообщество молодых врачей и организаторов здравоохранения
Резник1 М.В., Тарасенкова1 В.А., Садыхова1 Э.Э.,

Линде2 В.А.

Целью данной работы являлся сравнительный анализ различных вариантов доступа при радикальном оперативном лечении пациенток с болевым синдромом при сочетании миомы матки и аденомиоза в условиях многопрофильного стационара, оказывающего медицинскую помощь в экстренном и неотложном порядке взрослому населению

Критериями включения в данное исследование были регулярный менструальный цикл, наличие сочетания ММ и АМ, наличие болевого синдрома. Из исследования исключали пациенток с нерегулярным менструальным циклом, выраженной соматической патологией, полипом эндометрия на момент исследования, выраженным наружным генитальным эндометриозом, подозреваемой или обнаруженной беременностью, онкологической патологией любой локализации в настоящее время или в анамнезе.

При анализе акушерского анамнеза выявили следующее. Паритет составил 1,2+0,7 родов. При этом нерожавших женщин было 9 (16,7%), рожавших 45 (83,3%). Аборты, от 1 до 3, в анамнезе были у 43 пациенток (79,6%). Наличие ММ и АМ подтверждали ультразуковым исследованием. В случаях, требующих уточнения, проводили магнитно-резонансную томографию. Кроме болевого синдрома, имевшегося в 100% наблюдений, пациентки жаловались на обильные менструации (64,8%), кровомазание перед и/или после менструации (55,6%), слабость (22,2%), учащённое мочеиспускание (7,4%). Структура жалоб представлена в таблице 1.

Размеры матки на момент оперативного вмешательства колебались в диапазоне от 8 до 16 нед беременности и в среднем составили 11,2+2,0 нед. Уровень гемоглобина крови у пациенток перед оперативным вмешательством колебался в диапазоне от 87 до 142 г/л, и составил в среднем 108,4+9,9 г/л.
Объём оперативного вмешательства у всех пациенток составлял тотальную гистерэктомию без придатков. В зависимости от варианта доступа было сформировано четыре статистически однородные группы (табл. 2). При формировании групп ориентировались на классификацию использования лапароскопии при гистерэктомии, предложенную H. Reich. В первую группу вошли 12 пациенток, оперативное вмешательство у которых было проведено лапоротомным доступом, вторую группу составили 12 пациенток, которым была произведена лапароскопическая гистерэктомия, третью группу составили 15 пациенток с лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомией, и в четвёртую группу вошли 15 пациенток с влагалищной гистерэктомией.
В условиях многопрофильного стационара, оказывающего медицинскую помощь в экстренном и неотложном порядке взрослому населению, такие параметры как длительность оперативного вмешательства, койко-день, организационные и методологические сложности становятся реперными точками при выборе того или иного оперативного доступа. С этой точки зрения лапаротомный доступ представляется наименее перспективным. Однако за ним остаётся подавляющее большинство атипичных случаев, предполагающих возможность привлечения специалистов других хирургических специальностей. Сравнение показателей при лапароскопической гистерэктомии и лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомией убедительно свидетельствует в пользу второй. Влагалищная гистерэктомия представляется операцией выбора во всех случаях, где она может быть выполнена. Таким образом, оптимальным при прочих равных условиях методом доступа при радикальном оперативном лечении пациенток с болевым синдромом при сочетании ММ и АМ в условиях многопрофильного стационара, оказывающего медицинскую помощь в экстренном и неотложном порядке взрослому населению, представляется вагинальный доступ. Использование лапароскопической ассистенции показано в случаях, требующих дополнительной визуализации.

**Список литературы**

 - РУКОВОДСТВО По ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В.И. КУЛАКОВ Н.Д. СЕЛЕЗНЕВА С.Е. БЕЛОГЛАЗОВА

 - МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 60-ЛЕТИЮ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТАСборник статей. Ответственный редактор В.А. Снежицкий. 2018

 - ЖУРНАЛ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗОВАНИЕ В XXI ВЕКЕ Учредители: Сообщество молодых врачей и организаторов здравоохранения Том: 20Номер: 8 Год: 2018 Страницы: 25-28

 - ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Учебно-методическое пособие для интернов, ординаторов и практических врачей.