

**В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова,
Н.А.Щукина, А.А.Попов**

Оперативная гинекология

4-е издание



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2018**

УДК 618.1-089
ББК 57.15
К78

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Краснопольский В.И.

К78 Оперативная гинекология / В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова, Н.А.Щукина, А.А.Попов. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 320 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-588-1

Книга посвящена хирургическому лечению различных гинекологических заболеваний. Представлена анатомия женских половых органов, передней брюшной стенки, тазового дна. Особое внимание уделено определению показаний к операции, принципам выбора доступа, объема хирургического вмешательства, классическим, инновационным хирургическим технологиям, профилактике интра- и послеоперационных осложнений.

Предназначена для врачей акушеров-гинекологов, урологов, проктологов, а также для студентов старших курсов медицинских институтов.

УДК 618.1-089
ББК 57.15

ISBN 978-5-00030-588-1

© Краснопольский В.И., Буянова С.Н.,
Щукина Н.А., Попов А.А., 2010, 2013
© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2010, 2013

**Краснопольский Владислав Иванович,
Буянова Светлана Николаевна,
Щукина Наталья Алексеевна,
Попов Александр Анатольевич**

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Редактор: *Н.Л.Пиганова*
Ответственный редактор: *Н.Ю.Соколова*
Корректоры: *Е.А.Бакаева, К.В.Резаева*
Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, А.Ю.Кишканов*

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 21.05.18. Формат 70×100/16.
Бумага мелованная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 25,80.
Гарнитура Таймс. Тираж 2110 экз. Заказ №04113/18

ISBN 978-5-00030-588-1



Издательство «МЕДпресс-информ».
119048, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
e-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru
www.03book.ru

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами в ООО «ИПК Парето-Принт»,
170546, Тверская область, Промышленная зона Боровлево-1, комплекс №3А
www.pareto-print.ru



Краснопольский Владислав Иванович – директор МОНИИАГ, лауреат премии Правительства РФ, заслуженный врач России, академик РАН, д.м.н., профессор.



Буянова Светлана Николаевна – руководитель гинекологической клиники МОНИИАГ, заслуженный врач России, д.м.н., профессор.



Жукина Наталья Алексеевна – главный научный сотрудник гинекологической клиники МОНИИАГ, заслуженный врач России, д.м.н., профессор.



Попов Александр Анатольевич – руководитель отделения оперативной эндоскопии МОНИИАГ, лауреат премии Правительства РФ, заслуженный врач России, д.м.н., профессор.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
Глава 1. Хирургическая анатомия женских половых органов. Анатомические особенности хирургических доступов	7
1.1. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки. Абдоминальные доступы	7
1.2. Анатомия наружных половых органов, промежности, влагалища. Хирургическая анатомия влагалищного доступа	17
1.3. Анатомия тазовых органов	24
Глава 2. Типичные операции в оперативной гинекологии	38
2.1. Экстирпация матки	38
2.2. Надвлагалищная ампутация матки (amputatio uteri supravaginalis) – удаление тела матки	58
Глава 3. Типичные операции влагалищным доступом	61
3.1. Влагалищная экстирпация матки	61
3.2. Пластика влагалища	69
3.3. Манчестерская операция (операция Donald, усовершенствованная Fortergill)	77
3.4. Срединная кольпорафия (операция Нейгебауэра–Лефора)	80
3.5. Хирургическое лечение заболеваний шейки матки	86
3.6. Хирургическое лечение кист влагалища	94
3.7. Техника удаления других опухолей (миома, фиброма, липوما, фибролипوما и др.)	95
Глава 4. Хирургическое лечение миомы матки	98
Глава 5. Хирургическое лечение эндометриоза	127
Глава 6. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей яичников	142
Глава 7. Хирургическое лечение опущения и выпадения внутренних половых органов	151
Глава 8. Хирургическое лечение недержания мочи у женщин	193
Глава 9. Хирургическое лечение аномалий развития женских половых органов	212
Глава 10. Хирургическое лечение больных с гнойными заболеваниями половых органов	229
10.1. Хирургическое лечение больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза	229
10.2. Особенности хирургических вмешательств у пациенток с перитонитом ...	240

10.3. Хирургическое лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний . . .	244
10.4. Хирургическое лечение акушерско-гинекологического сепсиса	248
10.5. Хирургическое лечение абсцессов наружных половых органов	250
Глава 11. Хирургическое лечение генитальных свищей	252
Глава 12. Эндоскопическое лечение основных гинекологических заболеваний	272
12.1. Техника лапароскопии	272
12.2. Техника лапароскопии при лечении трубно-перитонеального бесплодия	274
12.3. Лапароскопические вмешательства при внематочной беременности	276
12.4. Лапароскопическое лечение апоплексии яичников	278
12.5. Эндоскопическое лечение миомы матки	279
12.6. Лапароскопия в лечении эндометриоза	286
12.7. Эндоскопическое лечение гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза	287
12.8. Лапароскопическое лечение опущения и выпадения внутренних половых органов	292
12.9. Лапароскопическое лечение доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц	298
12.10. Хирургическая лапароскопия при онкопатологии	300
Глава 13. Осложнения хирургических вмешательств, их лечение и профилактика	305
13.1. Профилактика гнойно-септических послеоперационных осложнений . . .	305
13.2. Антибактериальное лечение инфекционных послеоперационных осложнений	307
13.3. Хирургическая тактика ведения больных с послеоперационными инфекционными осложнениями	309
13.4. Профилактика тромбоэмболических осложнений	312
13.5. Лечение тромбоэмболических осложнений	315
13.6. Кровотечения в послеоперационном периоде (диагностика и лечение) . .	317
Литература	320

ПРЕДИСЛОВИЕ

Представленное вашему вниманию пособие для врачей акушеров-гинекологов касается практически всех аспектов оперативной гинекологии и хирургической эндоскопии. Необходимость такого пособия определяется, на наш взгляд, с одной стороны, практической важностью самой проблемы оперативного лечения гинекологических больных, включая подходы, тактику, доступы, хирургическую технологию, профилактику интра- и послеоперационных осложнений, шовный материал и т.д., с другой – необходимостью знания оперирующим хирургом современных технологических и инновационных хирургических решений в лечении целого ряда гинекологических заболеваний, пограничных состояний, требующих не только выполнения собственно гинекологических операций, но и прокто- и урогинекологических операций, использования синтетических протезов и т.д.

Мы хотели, чтобы, ознакомившись с нашей монографией, хирург-гинеколог мог оптимизировать выбор хирургического решения, определить, что наиболее безопасно и менее травматично для пациента, включая открытый доступ или эндохирургическую операцию.

В монографии каждый из вариантов выполнения операции, удаления органа или пла-

стической операции представлен в обычном и эндохирургическом варианте.

Мы старались представить современную оперативную гинекологию не как два конкурирующих метода хирургического лечения гинекологических заболеваний (имеется в виду открытая хирургия и эндохирurgia), а как два дополняющих друг друга хирургических подхода, способных восстановить здоровье пациента с минимальной травматизацией органов и тканей, снизить риск интра- и послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания.

Книга рассчитана не только на хирургов-гинекологов, но и на широкий круг хирургов и эндохирургов смежных специальностей. В первую очередь, это урологи и проктологи. Не сомневаемся, что все они найдут в этой монографии много полезного для своей практической работы.

Авторский коллектив выражает большую благодарность и признательность всем, кто помогал в оформлении и издании этого пособия, и надеется, что оно принесет реальную помощь не только врачам-хирургам, но и, в конечном счете, нашим пациентам, поможет им быстрее восстановить здоровье и улучшить качество жизни.

ГЛАВА 1. ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ

«Если выполнение операции означает совершение ряда логически продуманных действий, то знание анатомии является необходимой предпосылкой этих действий. Хирургическое вмешательство будет тем успешнее, чем более оно отвечает естественным и анатомическим отношениям» (Tandler, 1910).

1.1. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки. Абдоминальные доступы

Брюшная стенка, а точнее переднебоковая брюшная стенка, представляет собой мягкие ткани, прикрывающие брюшную полость в границах живота. В качестве ее ориентиров используются подвздошные гребни, передне-верхние подвздошные ости, лонные бугорки, симфиз и паховая складка, пупок и края прямых мышц живота и, наконец, реберные дуги. Для удобства исследования брюшную стенку принято делить на несколько отделов. Наиболее целесообразно деление живота на области, предложенное В.Н.Тонковым (см. рис. 1.1).

Кожа передней брюшной стенки сравнительно тонка и растяжима, что обуславливается направлением соединительнотканых пучков в сетчатом слое кожи, которое практически во всех отделах горизонтальное или слегка косое. У женщин над лоном кожа живота образует обычно две хорошо выраженные складки – надлобковую и надчревную. Первая является местом разреза кожи по Пфанненштилю. Подкожная жировая клетчатка может быть различной толщины. Исключение всегда составляет область пупка и белой линии. Поверхностная фасция живота состоит из двух листков, которые отчетливо заметны в нижних отделах. Поверхностный листок, содержащий значительное количество жировой клетчатки, переходит на бедро,

не прикрепляясь к паховой связке. Глубокий листок, более тонкий, но в то же время более прочный, прикрепляется к паховой связке. Между этими листками поверхностной фасции проходят артерии, вены и нервы.

От границы между средней и медиальной третью паховой связки по направлению от бедренной артерии к пупку проходит в сопровождении одноименной вены поверхностная надчревная артерия. Кнаружи от нее, также отходя непосредственно от бедренной артерии, располагаются ветви поверхностной артерии, огибающей подвздошную кость, которые направляются к гребню подвздошной кости.

Подкожные вены передней брюшной стенки развиты значительно лучше артерий и образуют венозные сети, особенно хорошо выраженные в области пупка. Они анастомозируют с поверхностной надчревной веной и большой подкожной веной ноги, т.е. с системой нижней полой вены. Через грудонадчревную вену (часто парную) и затем через подмышечную они связаны с системой верхней полой вены. Кроме того, благодаря анастомозам с глубокими венами (верхняя и нижняя надчревные) осуществляется дополнительная связь подкожных вен передней брюшной стенки с системой воротной вены.

Кожу передней брюшной стенки иннервируют боковые передние ветви межреберных нервов от VIII до XII, а также ветви

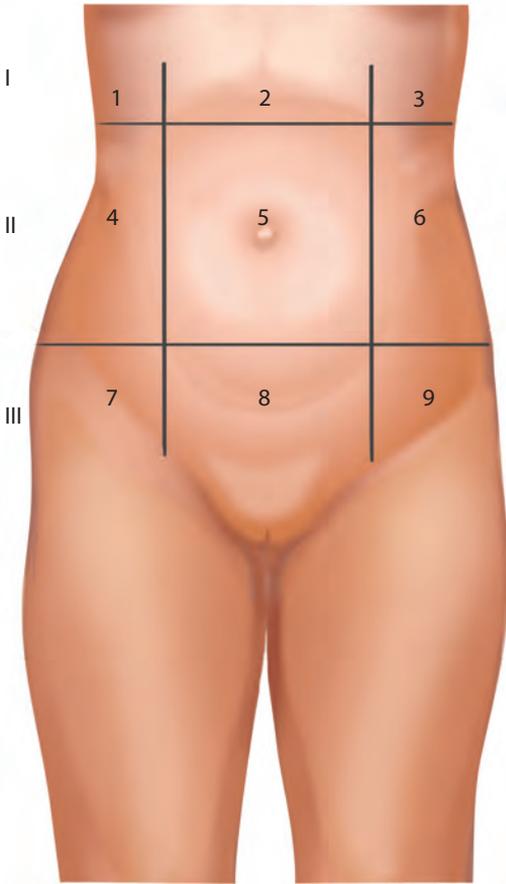


Рис. 1.1. Анатомические области живота.

I – надчревная область: 1 – правая подреберная область, 2 – собственно надчревная, 3 – левая подреберная область; *II* – чревьё: 4 – правая латеральная область, 5 – пупочная область, 6 – левая латеральная область; *III* – подчревьё: 7 – правая паховая область, 8 – лобковая область, 9 – левая паховая область.

подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов.

К мышцам передней брюшной стенки относятся наружная, внутренняя косая, поперечная и прямая мышцы живота (рис. 1.2), а также не всегда выраженная пирамидальная. Последняя, как правило, бывает хорошо выражена у нерожавших женщин, при этом расположение данной мышцы косвенно указывает на расположение верхушки мочевого пузыря.

За счет апоневроза наружной косой мышцы внизу живота образуется паховая связка, натянутая между передневерхней подвздош-

ной остью и лонным бугорком. Внутренняя косая мышца живота имеет ход волокон, противоположный направлению волокон наружной косой мышцы (снизу вверх и снаружи внутрь). На передней поверхности внутренней косой мышцы расположены подвздошно-подчревные и подвздошно-паховые нервы. Волокна поперечной мышцы живота имеют поперечное направление. Ее мышечные пучки, переходя в сухожилие, образуют полукруглую линию. Это сухожильное растяжение может служить местом образования грыжи.

Между внутренней косой и поперечной мышцами проходят сосуды, наибольший из которых – глубокая артерия, огибающая подвздошную кость.

Прямая мышца тянется от лонной кости до хрящей V–VII ребра (см. рис. 1.2). Питание мышцы осуществляется за счет ветвей верхней и нижней надчревных артерий, подходящих к задней ее поверхности, пронизывающих ее и кровоснабжающих, помимо этого, апоневроз и подкожную жировую клетчатку. Эти перфорирующие артерии (*a. nutricia*) имеют существенное значение при выполнении поперечного разреза по Пфанненштилю и отсепаровке апоневротического лоскута.

Следует помнить о необходимости тщательной перевязки или коагуляции этих ветвей во избежание кровотечений и образования подапоневротических послеоперационных гематом, которые, особенно у женщин с хорошо развитой подкожной клетчаткой, могут достигать больших размеров и служить причиной анемизации и даже геморрагического шока.

Влагалище прямой мышцы живота образуется спереди апоневрозом наружной косой мышцы и одним из листков апоневроза внутренней косой мышцы, сзади – апоневрозом поперечной мышцы и другим листком апоневроза внутренней косой мышцы. Такое строение влагалища прямой мышцы живота имеется только на протяжении ее верхних двух третей.

Приблизительно на 5 см ниже пупка задняя стенка влагалища мышцы обрывается, так как, начиная с этого уровня, все сухожилия широких мышц формируют только переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. Сухожильные волокна задней стенки влагалища образуют дугообразную линию, ниже которой находится поперечная фасция. Глу-

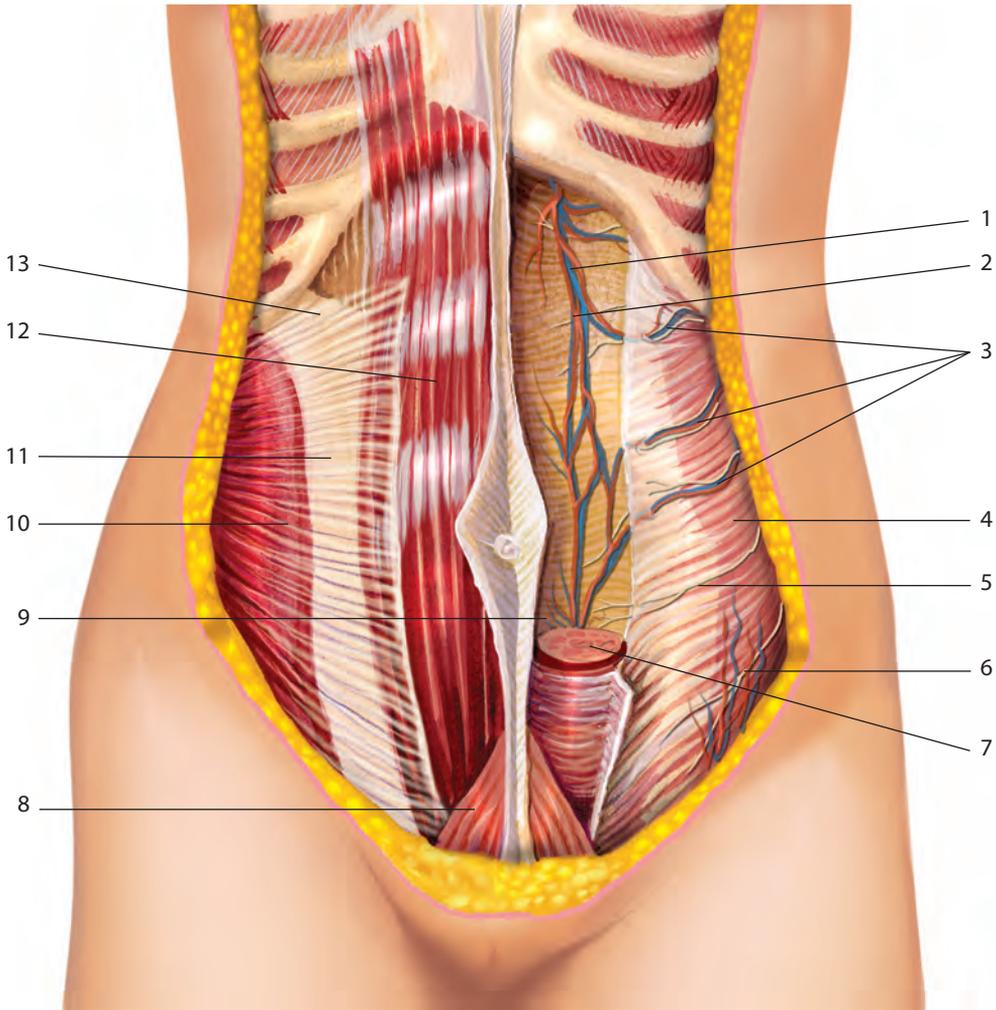


Рис. 1.2. Анатомия передней брюшной стенки (по В.П.Воробьеву).

1 – а. и в. epigastrica superior; 2 – lamina posterior vaginae m. recti abdominis; 3 – aa., vv. и nn. intercostales; 4 – m. transversus abdominis; 5 – n. iliohypogastricus; 6 – m. ilioinguinalis; 7, 12 – m. rectus abdominis; 8 – m. pyramidalis; 9 – а. и в. epigastrica inferior; 10 – m. obliquus internus abdominis; 11 – aponeurosis m. obliqui interni abdominis; 13 – lamina anterior vaginae m. recti abdominis.

бокие слои переднебоковой брюшной стенки состоят из поперечной фасции, предбрюшинной клетчатки и париетальной брюшины.

Поперечная фасция является частью общей круговой, или внутрибрюшной, фасции, которая в нижних отделах переходит во внутритазовую.

Значение этой фасции огромно ввиду того, что она образует многочисленные межфасциальные щели, в которых могут локализоваться и распространяться гнойники, особенно забрюшинные. Поперечная фасция отделена от брюшины слоем предбрюшинного жира,

благодаря чему брюшина может быть легко отсепарована. Здесь же проходят два крупных сосуда – нижняя надчревная и огибающая подвздошную кость глубокая артерии.

Пристеночная брюшина сверху прилежит к диафрагме, а внизу, не доходя до паховой складки примерно на 1 см, переходит на мочевой пузырь, затем на матку и прямую кишку. Особенность хода пристеночной брюшины дает начало формированию клетчаточного пространства, расположенного между ней и паховой связкой, где находятся наружные подвздошные сосуды и бедренно-половой

нерв, половая ветвь которого направляется в паховый канал. Кроме того, здесь расположены наружные подвздошные лимфатические узлы.

Пупок располагается почти на середине расстояния между лоном и мечевидным отростком и представляет собой рубец, образовавшийся на месте пупочного кольца. В период внутриутробного развития через кольцо проходят две пупочные артерии, пупочная вена и мочевой проток. Впоследствии эти образования заустевают и превращаются в связки: мочевой проток – в среднюю пупочную, пупочные артерии – в латеральные пупочные, а пупочная вена – в круглую связку печени.

Пупочная фасция, являющаяся частью внутрибрюшной, не всегда полностью закрывает пупок, заканчиваясь выше него, что создает предпосылки для формирования пупочных грыж.

Особенности хирургического доступа при гинекологических операциях

Для выполнения любой операции необходим хороший доступ к органу, на котором предстоят хирургические манипуляции, поэтому малые разрезы брюшной стенки отнюдь не являются показателем зрелости хирурга (Слепых А.С., 1981).

Хирургическое вмешательство на женских половых органах осуществляют преимущественно двумя путями – трансабдоминальным (брюшностеночным) или трансвагинальным. К ним необходимо добавить еще экстраперитонеальный, который применяют очень редко.

Основные разрезы для проведения чревосечения в акушерско-гинекологической практике представлены на рисунке 1.3.

В настоящее время производят два вида чревосечений: поперечное надлобковое (по Пфанненштилю) и нижнесрединное. Поперечное интериликальное чревосечение (по Черни) имеет в основном историческое значение.

Нижнесрединное чревосечение

Разрез проводят по средней линии от лона по направлению к пупку. Следует строго придерживаться средней линии живота, поскольку это обеспечивает анатомичное оперативное вмешательство. Для этого ориентиром снизу должна быть половая щель,

сверху – пупок. Не следует начинать разрез слишком низко у лона, переходя на лобок, так как рубец будет фиксирован и впоследствии может доставлять неудобства (дискомфорт, боли). Целесообразно хирургам, особенно начинающим, предварительно намечать линию разреза (ее начало и конец), поскольку при проведении разреза без намеченных ориентиров, особенно при поспешном оперировании и у тучных больных, можно отклониться от средней линии и, кроме асимметричного рубца, получить ненужные сложности при дальнейшем проведении разреза. Для маркировки можно использовать зажим Кохера, «зубчиками» которого делают легкие пометки на коже (начало и конец разреза). Кроме того, некоторые хирурги, особенно при наличии

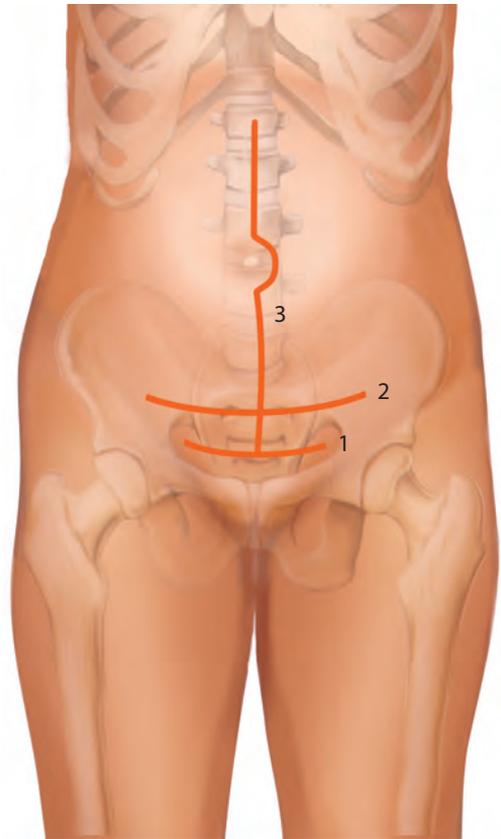


Рис. 1.3. Виды разрезов передней брюшной стенки.

1 – разрез кожи при чревосечении по Пфанненштилю; 2 – разрез кожи при чревосечении по Черни; 3 – разрез кожи при нижнесрединном чревосечении.

предыдущего рубца, делают легкие царапающие пометки в поперечном направлении, что позволяет при последующем зашивании правильно сопоставить края кожного разреза.

При наличии рубца от предшествующего (предшествующих) нижнесрединного чревосечения его экономно иссекают по границе со здоровой кожей. Ошибкой является как чрезмерное (с захватом большой зоны неизменной кожи), так и недостаточное иссечение рубца, поскольку в первом случае произойдет слишком сильное натяжение тканей при зашивании разреза, во втором – сшиваться будут рубцовые ткани, что впоследствии в обоих случаях ухудшит условия репарации.

В некоторых случаях для удобства манипулирования и ревизии брюшной полости разрез продлевают слева в обход пупка, что связано с анатомией хода пупочных сосудов слева. Важно подчеркнуть: сравнительно небольшое расстояние между лонем и пупком почти всегда является косвенным указанием на то, что малый таз у женщины глубокий. В таких случаях целесообразно сразу продлить разрез выше пупочного кольца.

Кожа должна рассекаться одним движением, подкожная клетчатка – в одной плоскости до апоневроза (без «нарезания» ее, что иногда бывает у тучных больных). Ошибкой является поспешное рассечение, когда одним движением рассекаются не только кожа, подкожная клетчатка, апоневроз, но и мышцы и даже брюшина, что, как правило, приводит к ненужному травмированию тканей и кровотечению.

После разреза кожи и подкожной жировой клетчатки хирург накладывает зажимы на кровоточащие сосуды и перевязывает или коагулирует их. Гемостаз должен быть тщательным, ибо он во многом определяет заживление послеоперационной раны и течение послеоперационного периода в целом.

После обнажения апоневроза его надсекают скальпелем в продольном направлении. Длина разреза не должна превышать 2 см. Край разреза целесообразно захватить зажимами Кохера и слегка приподнять, что позволяет с меньшей травматичностью для подлежащих мышц полностью рассечь апоневроз на всю длину разреза раны ножницами (см. рис. 1.4, а). После того как апоневроз рассечен, ближе к пупку находят и острым

путем вскрывают сухожильное влагалище одной из прямых мышц (см. рис. 1.4, б). Некоторые хирурги предлагают разводить прямые мышцы пальцами вдоль всего разреза. Мы считаем, что это травмирующая манипуляция, и предпочитаем метод вскрытия одного из влагалищ прямой мышцы живота острым путем.

Затем вскрывают поперечную фасцию (см. рис. 1.4, в) и отводят предбрюшинную клетчатку (которая хорошо развита у пациентов с ожирением, что затрудняет нахождение брюшины), обнажая париетальную брюшину, которую вскрывают между двумя пинцетами скальпелем или ножницами.

Важно не захватить пинцетом прилежащие петли кишечника и сальник. Для этого поочередно «перекладывают» пинцеты, при этом петли кишечника или сальник, если они не фиксированы к брюшине спайками, «ускользают». Также полезно пальпировать содержимое под брюшиной, а также вскрывать ее послонно, в пределах видимых тканей.

После рассечения брюшины на всю длину разреза края ее захватывают и скрепляют с пленками, ограничивающими брюшную полость.

После вскрытия брюшной полости хирург должен произвести ревизию органов малого таза и отграничить их от петель кишечника и сальника введением в брюшную полость салфетки (пленки), смоченной физиологическим раствором.

Зашивание разреза

На рассеченную брюшную стенку послонно накладывают швы. Брюшину зашивают непрерывным кетгуттовым (викриловым) швом, начиная от верхнего угла. В нижнем углу шов заканчивают петлей (по Ревердену). Этим же швом сопоставляют правую и левую прямые мышцы. Иглу вкалывают по направлению изнутри наружу (шов «елочкой») или проводят нить «внахлест».

Зашиванию апоневроза при продольных разрезах следует придавать особое значение, так как от тщательности выполнения данной манипуляции зависят заживление (исключение эвентрации кишечника), а также комфортность жизни в последующем (исключение образований послеоперационных грыж). Апоневроз надо восстанавливать отдельными швами, используя нерассасывающиеся синтетические нити (см. рис. 1.4, г). Подкожную

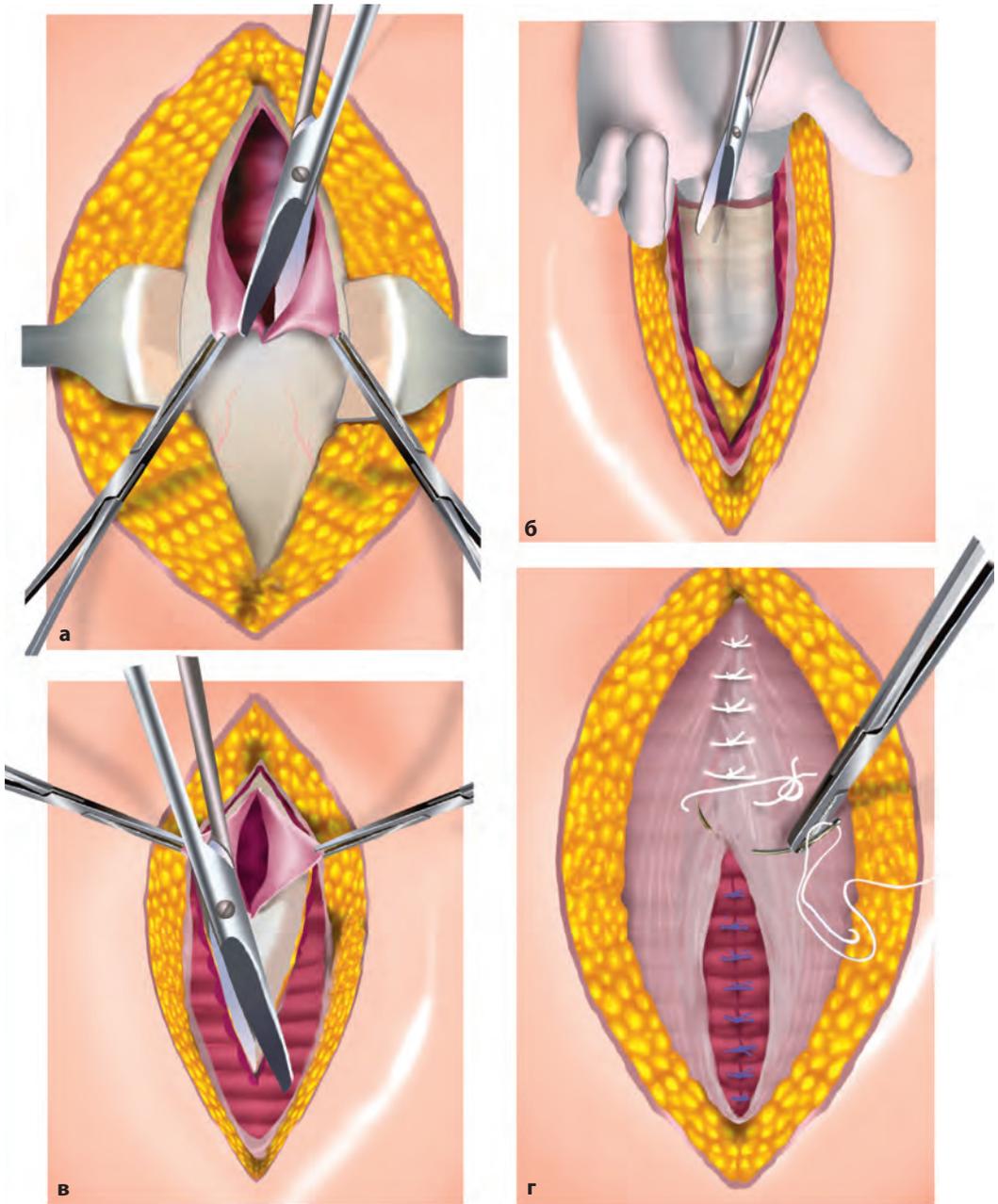


Рис. 1.4. Нижнесрединное чревосечение.

жировую клетчатку сближают отдельными кетгутowymi или викриловыми швами. На кожу накладывают отдельные швы.

В случае высокого риска формирования эвентрации кишечника (обширные дефекты брюшины, инфекция, выраженный парез кишечника, длительная операция с массивной

кровопотерей, предполагаемая длительная искусственная вентиляция легких в послеоперационном периоде и т.д.) целесообразно зашивать переднюю брюшную стенку не послойно, а двумя рядами отдельных нерассасывающихся швов (1-й ряд: брюшина–апоневроз, 2-й ряд: подкожная клетчатка–кожа).

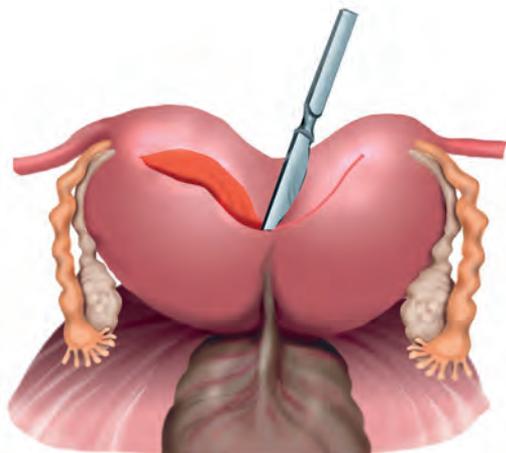


Рис. 9.4. Метропластика по методу Штрассманна. Проведение фронтального разреза матки в области дна.

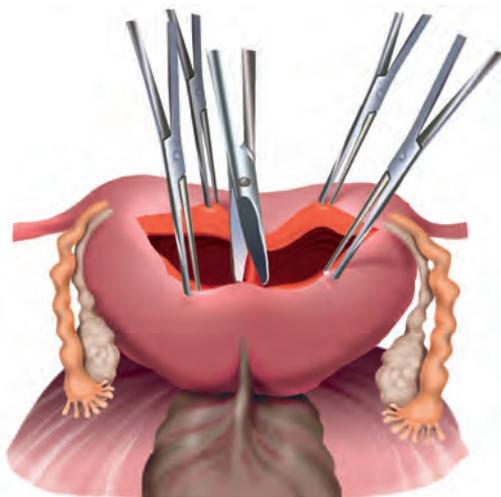


Рис. 9.5. Метропластика по методу Штрассманна. Иссечение «лишних» тканей.

- терапия антибиотиками (в течение 5 сут.);
- применение препаратов, улучшающих процессы репарации (актовегин в/в, затем в/м, затем перорально);
- назначение нестероидных противовоспалительных средств (диклофенак, вольтарен) после отмены антибиотиков (в/м, затем в свечах).

С нашей точки зрения, более целесообразно использование периоперационного или послеоперационного (со дня первой менструации) агонистов гонадотропных релизинг-гормонов, обеспечивающих оптимальные условия для репарации и реальную профилактику инфекционных послеоперационных осложнений и эндометриоза (отсутствие менструаций).

Начиная с 1-го дня менструации в послеоперационном периоде и далее назначаются 3 подкожные инъекции золадекса 3,6 мг через 28 дней. Варианты: инъекции бусерелина 3,75 мг в/м через 28 дней, люкреина-депо 3,75 мг в/м через 28 дней или бусерелин – назальный спрей 0,2% ежедневно в течение 3 мес. по 1 инсуффляции (150 мг) в каждый носовой ход 3 раза в сутки.

Выключение оперированной матки из функционального процесса, на наш взгляд, способствует лучшему заживлению и формированию полноценных рубцов. Кроме того, после восстановления менструаций чаще наступает беременность.

Если такое лечение не проводится, то во время первой менструации в амбулаторных

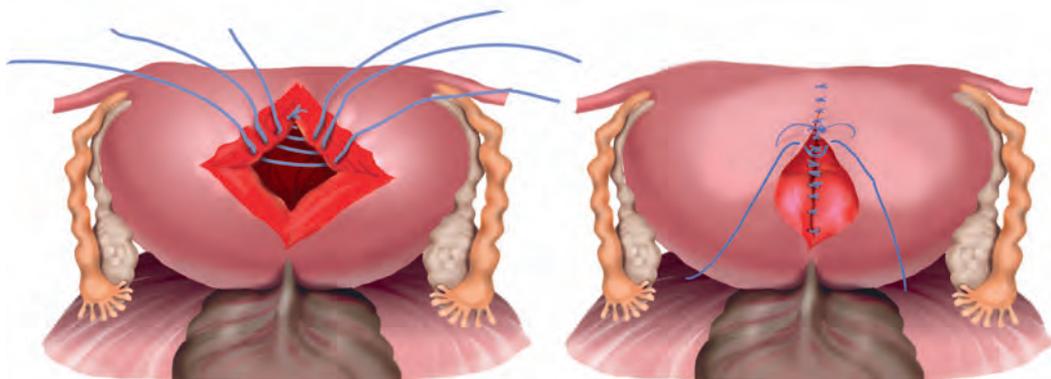


Рис. 9.6. Метропластика по методу Штрассманна. Зашивание матки в сагиттальной плоскости.

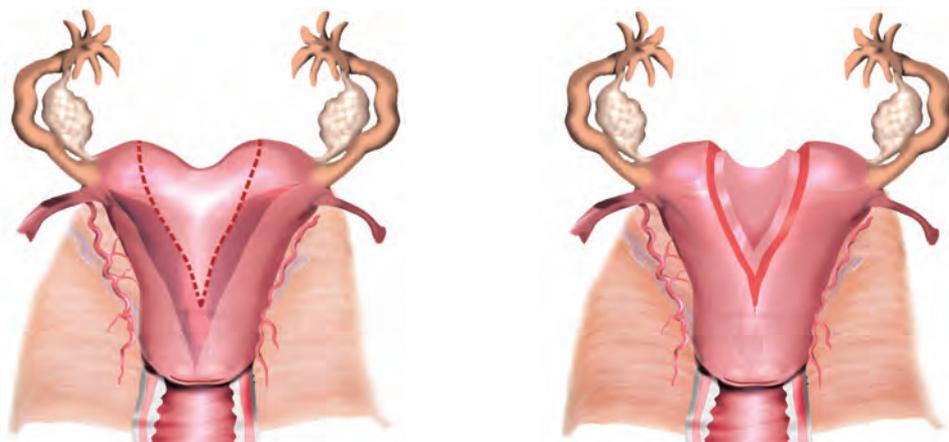


Рис. 9.7, 9.8. Метропластика по методу Джонса. Проведение разреза на матке.

условиях показано проведение терапии антибиотиками, а именно защищенными пенициллинами или фторхинолонами.

Беременность целесообразна не ранее, чем через 6 мес. после произведенной метропластики, когда заканчиваются процессы репарации и формируется полноценный рубец. В своей практике мы наблюдали пациентов, у которых беременность наступила через 3–4 мес. после метропластики и закончилась срочными оперативными родами, однако все же считаем, что оптимален полугодовой интервал, как и после проведения консервативной миомэктомии.

Септальные пороки развития

К ним относятся аномалии развития с наличием перегородки влагалища, шейки

матки, полости матки (или их комбинаций). Сагитальные перегородки симметрично разделяют полости (влагалища, шейки матки, матки). Перегородки бывают полные и неполные, «тонкие» и массивные (содержащие значительное количество соединительной ткани). Как правило, при септальных пороках аномалии развития мочевой системы не наблюдаются. Неполные перегородки могут клинически не проявляться и выявляются иногда случайно, например, при проведении ручного обследования полости матки в родах. Массивные, полные перегородки полости матки имеют такие же клинические проявления, как и при двурогой матке. Это, прежде всего, привычное невынашивание беременности, при этом срок, в котором происходит

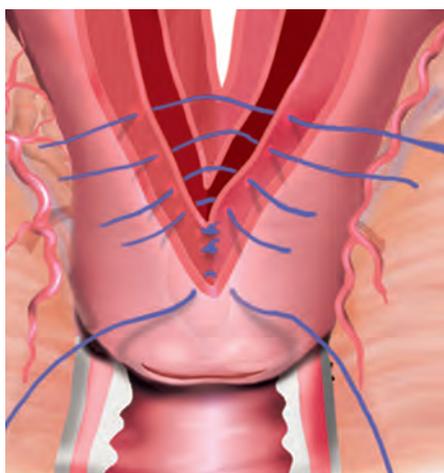


Рис. 9.9. Вид матки после иссечения «лишних» тканей.

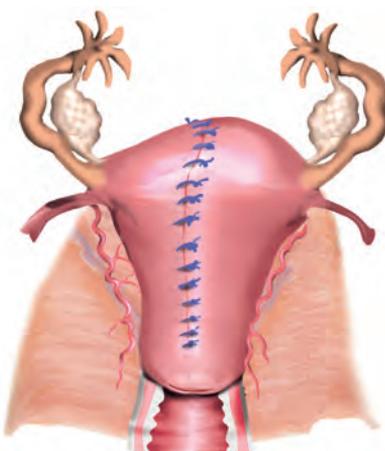


Рис. 9.10. Окончательный вид (матка сформирована).

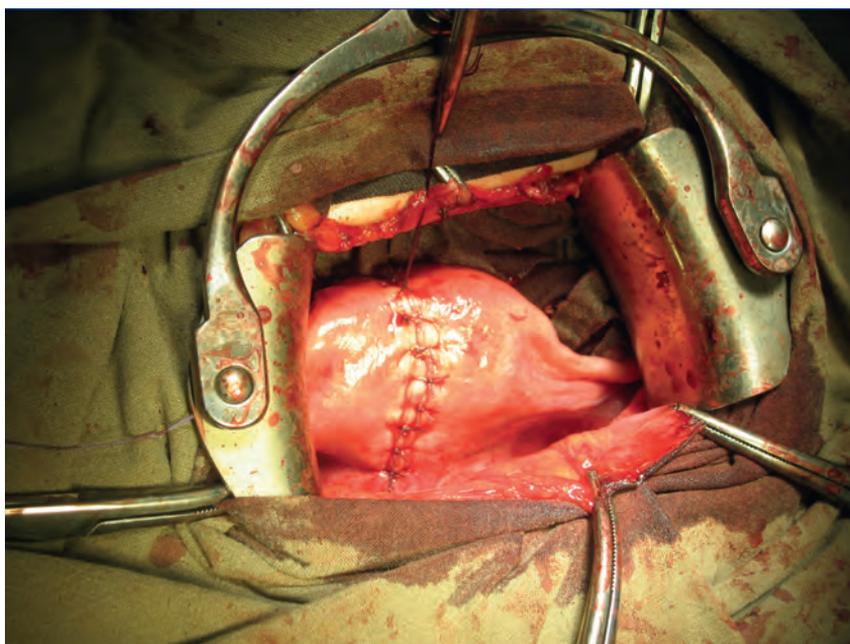
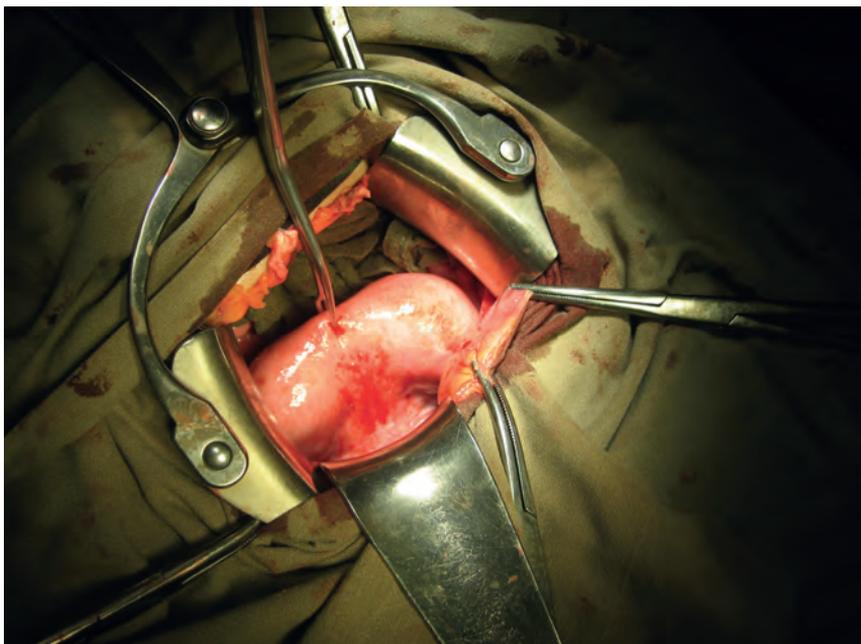


Рис. 9.11, 9.12. Метропластика по методу Джонса. Вид до и после вмешательства.

прерывание беременности, все время возрастает, однако не достигает жизнеспособности плода, особенно если имплантация происходит в области перегородки.

При наличии перегородки влагалища рассекать ее следует только в том случае, если

она причиняет дискомфорт при половой жизни, и обязательно в родах (при полном открытии шейки матки и продвижении головки плода).

Техника операции вне беременности: во влагалище вводят зеркала, перегородку пол-

ностью рассекают (до шейки матки). После сокращения ткани излишки ее иссекают, но, как правило, этого не требуется. Кровоточащие участки коагулируют или обшивают отдельными викриловыми швами.

В родах перегородку целесообразно рассекать в начале второго периода родов, поскольку продвигающаяся головка тампонирует влагалище и кровотечения не бывает. Как правило, это легкая, безопасная операция.

Техника операции: перегородку рассекают, основываясь на пальпаторных ощущениях, фиксируя перегородку между средним и указательным пальцем левой руки и рассекая перегородку непосредственно «над пальцами». Если кровотечения нет, в ходе планового осмотра мягких родовых путей после родов тщательно осматривают стенки влагалища и прошивают викрилом кровоточащие участки.

Показанием к оперативному лечению при наличии внутриматочной перегородки является привычное невынашивание беременности.

Раньше операцию иссечения внутриматочной перегородки проводили при чревосечении, выполняя метропластику по той же методике, что и при двурогой матке: в области дна матки производился поперечный разрез до достижения полости матки, иссекалась перегородка, матка формировалась отдельными швами в 3 этажа (1-й ряд – на слизистую оболочку матки; 2-й ряд – мышечно-мышечные, 3-й – серозно-мышечные). Родоразрешение в случае наступления беременности было оперативное – кесарево сечение.

В настоящее время широко используются эндоскопические методы хирургического вмешательства, в частности, гистерорезектоскопия, которая является операцией выбора у больных с внутриматочной перегородкой.

Эта методика менее травматична, выполняется вагинальным доступом, исключает в дальнейшем необходимость оперативного родоразрешения и приводит к оптимальному анатомическому результату.

Методика гистерорезектоскопии: в качестве режущего электрода используются петли, шариковый электрод, гибкие ножницы для рассечения внутриматочной перегородки через операционный канал гистероскопа.

Возможные осложнения при проведении гистерорезектоскопии: перфорация стенки матки, кровотечение и осложнения, связанные с попаданием жидкости в сосудистое русло, что может привести к некардиогенному отеку легких.

Особенности послеоперационного ведения:

- ранняя активизация пациенток (в день операции);
- терапия антибиотиками (в течение 5 сут.);
- применение нестероидных противовоспалительных средств (диклофенак, вольтарен) после отмены антибиотиков (в/м, затем в свечах).

В послеоперационном периоде для стимуляции роста эндометрия и эпителизации раневой поверхности мы назначаем комбинированные оральные контрацептивы по стандартной схеме в течение 3–6 мес.

Данные литературы свидетельствуют о том, что хирургическая коррекция аномалий развития матки у 55–92,5% женщин приводит к вынашиванию беременности и рождению живых детей.

Таким образом, современные хирургические технологии являются важным звеном в системе реабилитации и лечения бесплодия и невынашивания беременности, однако они нуждаются в дальнейшем исследовании.

ГЛАВА 10. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

«Современная гинекология, намеренно или ненамеренно, сознательно или бессознательно, все более и более разрастается в брюшную хирургию женщины. Она давно перестала ограничиваться только женскими половыми органами» (Fritsch, 1910).

10.1. Хирургическое лечение больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) представляют собой одну из основных проблем, оказывающих существенное влияние на здоровье миллионов женщин детородного возраста. Пациентки с ВЗОМТ составляют 60–65% среди амбулаторных и до 30% среди стационарных гинекологических больных. В структуре заболеваемости особое место занимает гнойное поражение маточных труб и яичников, на долю которого приходится от 4 до 10% всех пациенток (Краснопольский В.И. и др., 2001). Гнойные ВЗОМТ – тяжелая патология, приводящая к потере специфических женских функций, инвалидизации и летальности.

Классификация ВЗОМТ

За рубежом пользуются, в основном, классификацией G.Monif (1982), подразделяющей острые воспалительные процессы внутренних половых органов на:

- 1) острый эндометрит и сальпингит без признаков воспаления тазовой брюшины;
- 2) острый эндометрит и сальпингит с признаками воспаления брюшины;
- 3) острый сальпингоофорит с окклюзией маточных труб и развитием tuboовариальных образований;
- 4) разрыв tuboовариального образования.

По МКБ-10: ВЗОМТ – это класс XIV – болезни мочеполовых органов, блок N70–N77 –

воспалительные болезни женских тазовых органов.

70.0 Острый сальпингит и оофорит;
71.0 Острая воспалительная болезнь матки;
73.0 Острый параметрит и тазовый целлюлит;
73.1 Хронический параметрит и тазовый целлюлит;
73.3 Острый тазовый перитонит у женщин;
73.4 Хронический тазовый перитонит у женщин;
74.3 Гонококковые воспалительные болезни женских тазовых органов.

С практической точки зрения удобной является классификация, предложенная В.И.Краснопольским и соавт. (2001), позволяющая определять тактику ведения и прогноз развития и исхода заболевания.

По клиническому течению заболевания и на основании патоморфологических исследований авторы выделяют две клинические формы гнойных ВЗОМТ: неосложненные и осложненные.

К неосложненным формам относится острый гнойный сальпингит. При своевременной диагностике и адекватной терапии процесс может ограничиться поражением эндосальпинкса с последующей регрессией воспалительных изменений и выздоровлением. В случае запоздалой или неадекватной терапии острый гнойный сальпингит осложняется пельвиоперитонитом с частичным отграничением гнойного экссудата в маточно-прямокишечном углублении (абсцесс дугласова кармана) или переходит в хроническую или осложненную форму – пиосальпинкс или гнойное tuboовариальное образование (см. рис. 10.1). В этих случаях

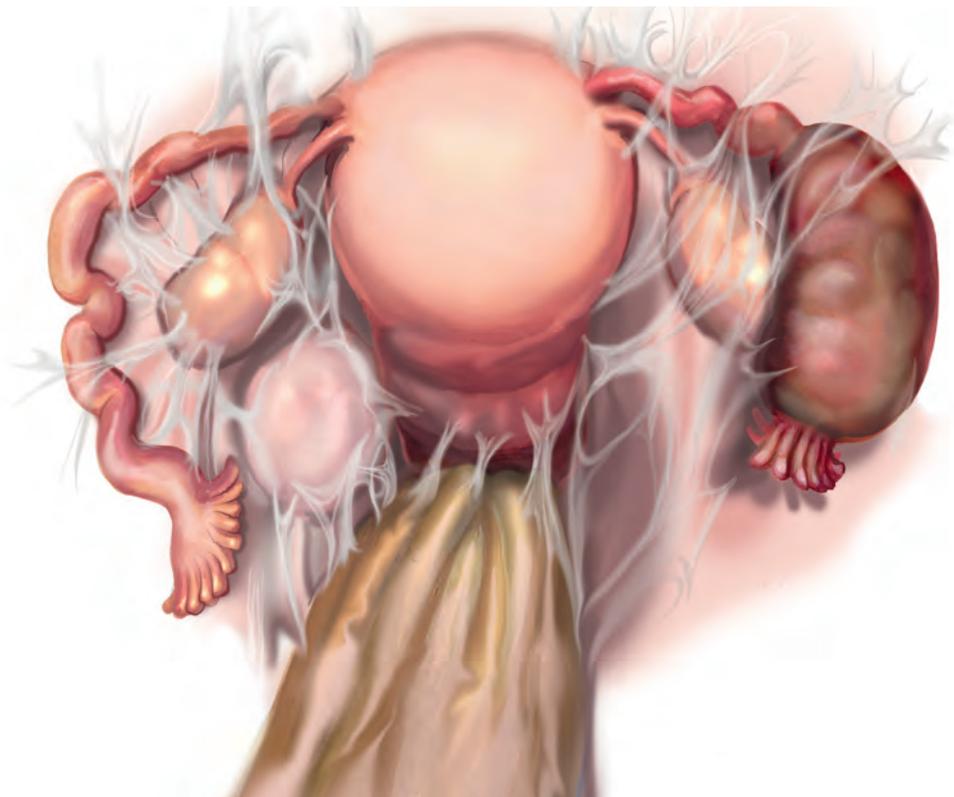


Рис. 10.1. Пиосальпинкс – осложненная форма гнойных ВЗОМТ (необратимые изменения).

изменения всех слоев маточной трубы и стромы яичника носят необратимый характер, что подтверждается морфологическими исследованиями.

К осложненным формам относятся все осумкованные воспалительные придатковые «опухоли» – пиосальпинкс, пиовар, гнойные tuboовариальные образования, при этом перспектива последующего деторождения резко снижена или проблематична, а выздоровление больной может наступить только после хирургического лечения. При запоздалом хирургическом вмешательстве и дальнейшем прогрессировании процесса развиваются тяжелые гнойные осложнения, угрожающие жизни больной: перитонит, генитальные свищи, микроперфорации абсцесса в брюшную полость с образованием межкишечных и поддиафрагмальных абсцессов, гнойно-инфильтративный оментит. Конечным исходом гнойного процесса является сепсис.

В основе развития и формирования гнойных ВЗОМТ лежит множество взаимосвязанных процессов, начиная от острого воспале-

ния и заканчивая сложными деструктивными изменениями тканей. Основным пусковым механизмом развития воспаления является бактериальная инвазия. И если в патогенезе неосложненного острого гнойного воспаления (острый эндометрит, сальпингит) основную роль играет бактериальная инвазия «сексуальной инфекции нового типа» (гонококки, хламидии, микоплазмы, вирусы, условно-патогенные штаммы аэробной и анаэробной инфекции), то при осложненных формах гнойного воспаления микрофлора более агрессивна и включает ассоциации следующих патогенных возбудителей: грамотрицательных неспорообразующих анаэробных бактерий (*Bacteroides fragilis*, *Prevotella* spp., *Prevotella bivia*, *Prevotella disiens* и *Prevotella melaninogenica*), грамположительных анаэробных стрептококков (*Peptostreptococcus* spp.), аэробных грамотрицательных бактерий семейства *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Proteus*), аэробных грамположительных кокков (энтеро-, стрепто- и стафилококки).

Кроме бактериальной инвазии, в этиологии гнойного процесса значительную роль играют так называемые провоцирующие факторы. Они могут быть физиологическими (менструация, роды) и ятрогенными (введение и удаление ВМК, проведение любых акушерских и гинекологических операций – полостных, влагалищных, эндоскопических, любых «малых» инвазивных вмешательств – абортов, диагностических выскабливаний, гистероскопий, гистеросальпингографий), которые ослабляют или повреждают барьерные механизмы и способствуют формированию входных ворот для патогенной микрофлоры и дальнейшему ее распространению.

В настоящее время основной причиной развития деструктивных, осложненных форм гнойного воспаления, в том числе и генерализованных форм, является длительное применение ВМК. Оно может приводить к возникновению tuboовариальных абсцессов, а в отдельных случаях – множественных экстрагенитальных абсцессов с крайне неблагоприятным септическим клиническим течением, обусловленным *Actinomyces israeli* и анаэробами.

Далее в порядке убывания (по частоте) идут тяжелые гнойные послеродовые заболевания, затем – гнойные осложнения на фоне обострения длительно существующих хронических заболеваний, далее – послеоперационные осложнения. Более редкие причины – нагноение гематом и плодного яйца при эктопической беременности, нагноение опухолей, первичный деструктивный аппендицит с тазовой флегмоной и др.

Особенности течения гнойного процесса у пациенток с различными этиологическими факторами

Течение гнойного процесса на фоне ВМК отличается особой тяжестью; при этом консервативное интенсивное лечение малоэффективно. Извлечение ВМК даже на самых ранних этапах развития гнойного воспаления придатков матки не способствует купированию воспаления, а выскабливание полости матки после удаления ВМК резко усугубляет тяжесть процесса.

Для больных с гнойными послеоперационными осложнениями характерно наличие переходящего пареза кишечника, сохранение или нарастание основных признаков интоксикации на фоне проводимой интенсивной

терапии, а также их возобновление после короткого «светлого» промежутка.

Для акушерских больных основным клиническим симптомом является наличие прогрессирующего гнойного (некротического) эндомиометрита, не купирующегося даже при адекватно проводимой терапии: размеры матки не соответствуют срокам нормальной послеродовой инволюции, отсутствует тенденция к формированию шейки матки – шейка свободно в виде «паруса» свисает во влагалище, цервикальный канал свободно пропускает 1 или 2 пальца. Наличие гематом (инфильтратов) в параметрии и/или позадипузырной клетчатке – неблагоприятный клинический признак, резко снижающий шансы на благоприятный исход консервативного лечения у данных больных.

Одной из отличительных особенностей клинического течения хронических гнойных ВЗОМТ является волнообразность процесса. В стадии ремиссии воспалительного процесса клинические проявления выражены не резко; из всех симптомов сохраняется интоксикация легкой или средней степени тяжести. В стадии обострения проявляются основные признаки острого гнойного воспаления, при этом часто появляются новые осложнения.

Чаще всего обострению сопутствует острый пельвиоперитонит. У больных с гнойными tuboовариальными образованиями он может в любой момент привести к дальнейшим серьезным осложнениям, таким как перфорация гнойника в соседние органы, бактериальный шок, разлитой гнойный перитонит.

Разлитой гнойный перитонит развивается достаточно редко (по нашим данным, в 3,1% наблюдений), так как в настоящее время преобладает гнойно-инфильтративный, «конгломератный» тип воспаления и хронический гнойный процесс, как правило, ограничен полостью малого таза за счет многочисленных плотных сращений и брьюшины и связок малого таза, сальника и прилежащих органов.

При прогрессировании заболевания появляются такие осложнения гнойного процесса, как параметрит, межкишечные абсцессы, гнойные свищи. Многократная перфорация в прилежащий отдел кишечника приводит к формированию генитальных свищей. Наиболее часто свищи формируются в различных отделах толстой кишки, чаще в верхнеампулярном отделе или ректосигмоидном углу,



Рис. 12.10. Рак яичника.

бифуркации аорты, пространства по ходу общих, наружных и внутренних подвздошных артерий с целью выявления измененных лимфоузлов.

Забор асцитической жидкости для цитологического исследования проводят аспирационной трубкой. Жидкость собирают из верхних слоев, так как в глубоких слоях клетки подверглись цитолиту, и исследование осадка будет неинформативным. Необходимо добавить 2–3 капли раствора гепарина в емкость для стабилизации материала. При заборе биопсийного материала необходимо остерегаться контакта извлекаемых тканей с раневым каналом передней брюшной стенки, что предотвратит имплантацию по ходу введения инструментального троакара. При биопсии лимфатического узла необходимо извлечь его целиком, используя тупое выделение его из клетчатки. Фрагментация узла приводит к нежелательному контакту его с тканями забрюшинного пространства.

При выполнении аднексэктомии необходимо соблюдать правила абластики. Целостность опухоли должна сохраняться до момен-

та извлечения ее из брюшной полости. Для этого используют или расширенный разрез передней брюшной стенки, или заднюю кольпотомию. Последнее предпочтительнее при больших размерах яичникового образования, так как позволяет продлить разрез до нужных размеров, предупреждает формирование послеоперационных грыж, развитие гнойных осложнений со стороны раны. С целью предотвращения «истечения» содержимого опухоли в брюшную полость при ее возможном разрыве при извлечении необходимо применять герметизирующий пакет. При этом опухоль может быть вскрыта в пакете, содержимое эвакуировано, и брюшная полость останется интактной.

При выявлении признаков злокачественности яичникового образования (экзофитные разрастания на брюшине и капсуле, асцит, увеличение лимфоузлов, положительные результаты срочного гистологического и цитологического исследований) лапароскопия должна носить диагностический характер, дальнейшее лечение проводится согласно общепринятым онкологическим установкам.



Рис. 12.11. Техника радикальной лапароскопической гистерэктомии и тазовой лимфаденэктомии. Пересечение круглой связки матки, формирование широкого доступа в параметрий.

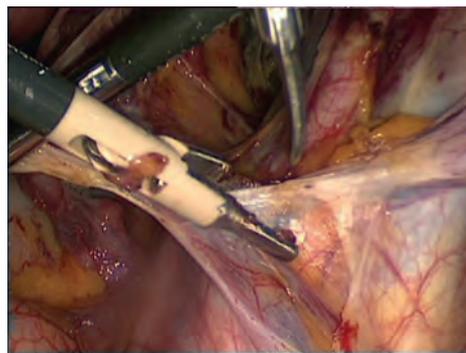


Рис. 12.12. Техника радикальной лапароскопической гистерэктомии и тазовой лимфаденэктомии. Пересечение и перевязка воронкотазовой связки.

воздействие на ткани мочеточника, мочевого пузыря вблизи места коагуляции может привести к развитию в послеоперационном периоде урогенитальных осложнений – стриктур и свищей.

Осторожно препарируется клетчатка запирающей ямки до обнаружения одноименного нерва (см. рис. 12.16). Далее удаление клетчатки производится при постоянном контроле топографии запирающего нерва.

Аналогичную процедуру производят с противоположной стороны. Далее по окружности мобилизуют верхнюю треть влагалища, пересекают кардинальные связки в непосредственной близости от мочеточников при обязательном их визуальном контроле. Отсечение матки от влагалища может быть произведено как при лапароскопии, так

и влагалищным доступом. Важно извлечь препарат блоком и произвести маркировку различных групп лимфоузлов. Рана влагалища ушивается наглухо, дренирование малого таза необязательно, выполняется только по показаниям.

Операция может быть выполнена при наличии высококлассного оборудования: эндовидеокамеры с высокой разрешающей способностью, лапароинсуффлятора со скоростью подачи газа не менее 10–15 л/мин, современного электрохирургического блока. Хирург должен обладать навыком открытых операций подобного уровня, операционная бригада – длительным опытом совместной работы. Недочет одной из этих составляющих может привести к серьезным осложнениям.



Рис. 12.13. Техника радикальной лапароскопической гистерэктомии и тазовой лимфаденэктомии. Отведение (удаление) клетчатки области бифуркации общей подвздошной артерии и области наружной подвздошной артерии.



Рис. 12.14. Техника радикальной лапароскопической гистерэктомии и тазовой лимфаденэктомии. Уретеролизис.

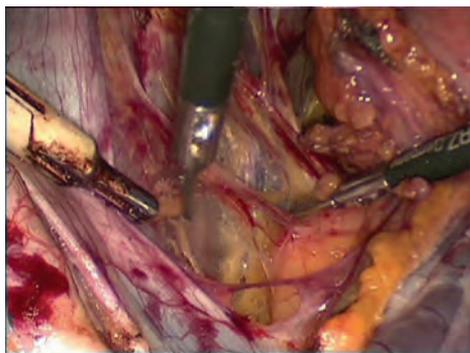


Рис. 12.15. Техника радикальной лапароскопической гистерэктомии и тазовой лимфаденэктомии. Диссекция клетчатки по ходу внутренней подвздошной артерии.

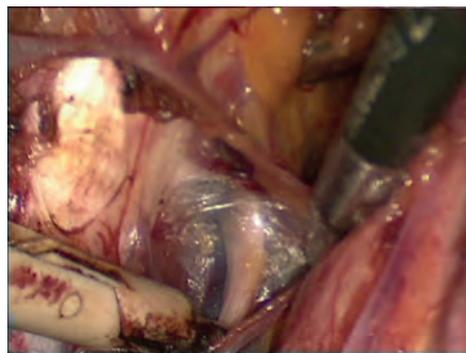


Рис. 12.16. Техника радикальной лапароскопической гистерэктомии и тазовой лимфаденэктомии. Диссекция клетчатки запирающей ямки до обнаружения одноименного нерва.

Возможные осложнения и их профилактика

При повреждении подвздошной артерии хирург должен пережать зажимом артерию выше места ранения, передать инструмент ассистенту, выполнить лапаротомию и наложить сосудистый шов.

Повреждение подвздошной вены при проведении лапароскопии может быть не диагностировано интраоперационно, так как венозное давление составляет 10–12 мм рт.ст., что ниже внутрибрюшного давления, создаваемого при лапароскопии. Поэтому при подозрении на ранение вены необходимо уменьшить внутрибрюшное давление до 5–8 мм рт.ст. Допустимо использование эндоскопического шва при краевых ранениях вены.

Повреждение мочеоточника может проявиться как незамедлительно в виде подтекания мочи, так и отсроченно в послеоперационном периоде в виде формирования урогенитальных свищей. Первое характерно

для ранения режущим инструментом (ножницы, монополярный диссектор), второе, как правило, является следствием коагуляционного некроза. При обнаружении раны стенки мочеоточника ушивается одним или несколькими узловыми швами атравматичной рассасывающейся нитью в поперечном направлении, устанавливается лоханочно-пузырный стент, который удаляется через 1 мес. после операции.

При развитии поздних урогенитальных осложнений используются выжидательная тактика до 4–6 мес. после операции и последующее оперативное лечение (цистоуретронеостомия).

Ранение мочевого пузыря обнаруживается сразу после поступления газа через катетер Фолея в мочеоточник. Рана мочевого пузыря ушивается двухрядным швом атравматичной рассасывающейся лигатурой с последующей катетеризацией мочевого пузыря в течение 7 дней.

ГЛАВА 13. ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ИХ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

13.1. Профилактика гнойно-септических послеоперационных осложнений

«Иные лекарства опасней самих болезней» (Сенека).

Современные подходы к консервативному и оперативному лечению гинекологических заболеваний невозможно представить без антибактериальной терапии. В то же время проблема рациональной терапии антибиотиками представляет серьезные трудности и остается одним из самых сложных вопросов практической гинекологии. Это связано, во-первых, с огромным количеством существующих и вновь создаваемых антибактериальных препаратов, во-вторых, с изменяющимся спектром возбудителей инфекционных заболеваний (смешанной аэробной, анаэробной и атипичной инфекцией), а также с увеличением и распространением резистентности микроорганизмов, вызывающих инфекции в гинекологической практике.

Следует четко различать как понятия антибактериальной профилактики и антибактериальной терапии вообще, так и принципы их проведения в амбулаторных и стационарных условиях.

Касаясь профилактического применения антибактериальных средств в оперативной гинекологии, следует отметить, что, к сожалению, во многих гинекологических и акушерских стационарах до сих пор сохраняется практика проведения антибактериальной «профилактики» несуществующих послеоперационных осложнений в течение 5–7 сут.

Профилактика антибиотиками. В настоящее время доказано, что эффективным для предотвращения послеоперационной инфек-

ции является однократное, максимум трехкратное введение антибиотика, назначаемое периоперационно (Гостищев В.К. и др., 1997; Буянова С.Н., Щукина Н.А., 2000; Омельяновский В.В. и др., 2000; Яковлев С.В., Яковлев В.П., 2002; Burke J.F., 1961).

Терапия антибиотиками – лечение существующих гинекологических воспалительных заболеваний, а также развившихся инфекционных осложнений (послеродовых, послеабортных, послеоперационных) этиотропными препаратами, адекватными характеру и тяжести заболевания разовыми и суточными дозами продолжительностью не менее 5–7 сут.

Предлагаемые схемы антибиотикопрофилактики показаны всем пациенткам, которым предстоит амбулаторные или стационарные гинекологические операции.

Противопоказанием для проведения антибиотикопрофилактики является наличие поливалентной аллергии к антибиотикам, поскольку риск развития аллергических реакций, в том числе и аллергического шока, превышает возможную пользу от проведения профилактики этими препаратами.

Предлагаемые схемы антибактериальной терапии показаны для лечения больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза. В случае наличия аллергических реакций в анамнезе или появления аллергических реакций в процессе лечения препарат подбирается индивидуально после проведения соответствующих проб.

Принципы профилактики антибиотиками инфекционных послеоперационных осложнений в гинекологическом стационаре

Как было сказано ранее, под антибиотикопрофилактикой в настоящее время подразумевают однократное, максимум трехкратное введение антибиотика, назначаемое периопе-