

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра Акушерства и гинекологии интернатуры

Тема: «Ассистенция при
оперативном вмешательстве при
некрозе миоматозного узла,
консервативной миомэктомии»

Мухамеджанова А.М.
740гр.

Фибромиома матки —

это доброкачественная опухоль матки, развивающаяся из мышечной ткани матки. Симптомами этой опухоли также являются боль и чувство тяжести в нижнем отделе живота. Так же, как и кистомы яичников, фибромиома матки иногда является причиной нарушения мочеиспускания и функции кишечника. Фибромиомы матки могут достигать больших размеров, и у худых женщин прощупываться через брюшную стенку. В некоторых случаях фиброматозный узел растет по направлению к полости матки и соединен с ее стенкой ножкой.

Одним из характерных симптомов фибромиомы матки являются обильные кровотечения, совпадающие по сроку с менструальными кровотечениями.

Чем больше опухоль, тем продолжительнее и обильнее становятся менструальные кровотечения. Только удаление фибромиомы матки приводит к излечению.

Оперативное удаление фибромиомы производится при больших размерах опухоли, при ее быстром росте, при сильных болях, расстройстве функций тазовых органов. При небольших фибромиомах матки, не увеличивающихся, не имеющих симптомов, операция удаления не является обязательной. При климаксе после прекращения месячных нередко наблюдается обратное развитие фибромиомы. В некоторых случаях применяется гормональное лечение фибромиомы матки. При выявлении фибромиомы женщина должна находиться под постоянным наблюдением гинеколога. Только гинеколог, наблюдающий за развитием фибромиомы матки, может решить вопрос о выборе метода лечения.

Некроз миоматозного узла – осложнение миомы матки, связанное с нарушением васкуляризации и питания опухоли и ведущее к необратимым изменениям в тканях узлового образования. Некроз миоматозного узла сопровождается развитием картины острого живота с болями, тошнотой и рвотой, гипертермией, напряжением передней брюшной стенки, дизурией и задержкой газов. Осложнение миомы матки диагностируется с помощью общего осмотра и влагалищного исследования, УЗИ малого таза, лапароскопии. Лечение некроза миоматозного узла экстренное хирургическое в объеме консервативной миомэктомии, ампутации матки, гистерэктомии, пангистерэктомии.

Некроз миоматозного узла характеризуется омертвением опухолевых тканей вследствие перекрута ножки миомы или нарушения ее васкуляризации. Некротические изменения могут возникать в узлах любой локализации – субмукозных, субсерозных, интрамуральных. Частота развития некроза миоматозного узла в гинекологии встречается в 7% всех случаев миомы матки. Признаки кистозной дегенерации или некроза обнаруживается в 60% планово удаленных миоматозных узлов.

В некротизированных тканях развиваются отек, кровоизлияния, дегенерация, асептическое воспаление. Дальнейшее прогрессирование некроза миоматозного узла может привести к перитониту

Непосредственной причиной нарушения кровообращения в миоматозном узле может служить перегиб или перекрут ножки опухоли, венозный застой, ишемия или множественное тромбообразование в интрамуральных узлах. Миома матки, увеличиваясь в размерах, может вызывать деформацию или полное сдавление питающих ее сосудов. Узлы интрамуральной локализации часто подвергаются некрозу и ишемии вследствие выраженных сокращений миометрия после родов или применения препаратов, сокращающих маточную мускулатуру. Субсерозные миомы нередко имеют тонкую ножку, которая в результате своей подвижности часто приводит к перекручиванию узла.

Миоматозные узлы могут некротизироваться в процессе беременности, когда на фоне повышенного сосудистого тонуса отмечается снижение артериального кровоснабжения миометрия и нарушение венозного оттока. Следует также учитывать, что миоматозные узлы растут параллельно с увеличением размеров беременной матки. Поэтому ведение беременности у женщин с миомой матки требует настороженности в отношении риска развития некроза миоматозного узла.

Вероятность развития некроза миоматозного узла также повышается вследствие физической нагрузки (резких наклонов, подъема тяжестей, прыжков), в послеродовом периоде, после аборта.

По морфологическим признакам в гинекологии принято различать влажный, сухой и красный некроз миоматозного узла.

Влажный некроз характеризуется размягчением и влажным омертвением тканей, в которых образуются кистозные полости. Для сухого некроза миоматозного узла свойственно сморщивание некротизированных участков опухоли с образованием в этих зонах пещеристых полостей с остатками омертвевших тканей.

Красному некрозу обычно подвергаются интрамурально расположенные миоматозные узлы у беременных и недавно родивших женщин. Макроскопически при красном некрозе миоматозный узел окрашен в красновато-коричневый цвет, имеет мягкую консистенцию, расширенные вены с тромбозом.

На фоне асептического некроза миоматозного узла, как правило, развивается инфекционное воспаление вследствие лимфогенного или гематогенного заноса микробных возбудителей (стафилококка, кишечной палочки, стрептококка). Инфицирование некротизированных узлов связано с опасностью развития перитонита или генерализованной формы инфекции - сепсиса.

При подозрении на некроз миоматозного узла требуется экстренная госпитализация и оказание хирургического пособия.

При некрозе, обусловленном перекрутом ножки миоматозного узла, выбор объема вмешательства зависит от возраста женщины, степени некротических изменений, наличия перитонита. У женщин репродуктивной фазы и у беременных при отсутствии явлений перитонита, по возможности, ограничиваются проведением консервативной миомэктомии. Пациенткам в пре- и постменопаузальном периоде показаны радикальные вмешательства - надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки без придатков или пангистерэктомия.

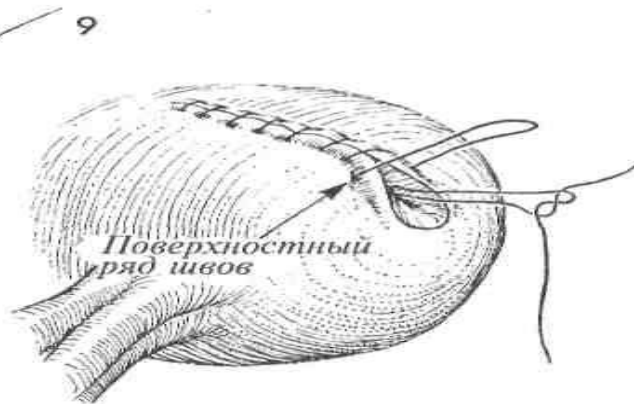
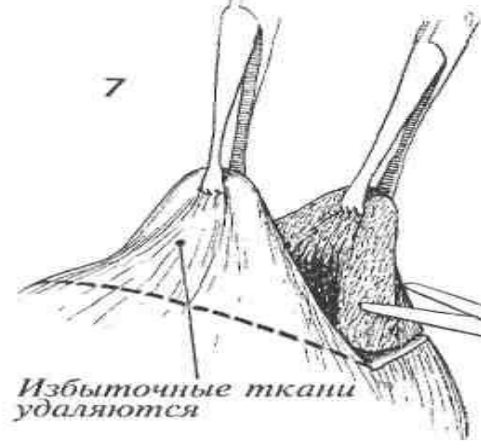
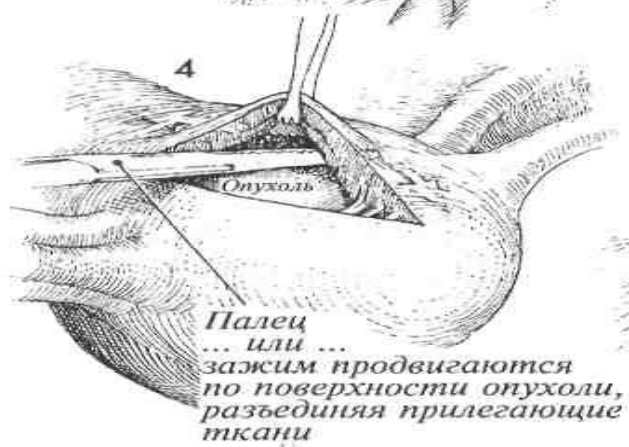
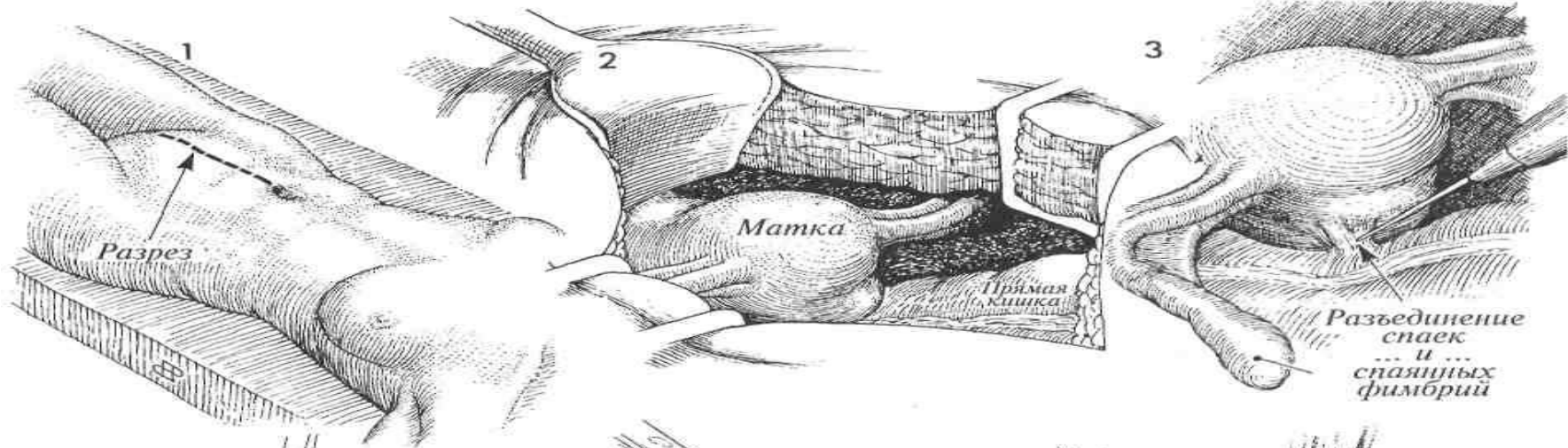
При ишемии миоматозного узла хирургическое вмешательство может быть отсрочено на 24-48 часов; в это время проводится инфузионная терапия, направленная на уменьшение интоксикации, нормализацию водно-электролитного баланса. Объем операции в дальнейшем определяется теми же критериями.

УДАЛЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ (МИОМЭКТОМИЯ)

1. Пациентку укладывают в положение лежа на спине. Брюшную полость вскрывают нижним срединным разрезом, либо разрезом по Pfannenstiel.
2. Находят матку, кишечник отграничивают, устанавливают точную локализацию фиброматозного узла.
3. С помощью игольчатого электрокаутера хирург пересекает спайки между маткой и кишечником.

4. Через серозный и мышечный слои делают разрез до самого узла. Край разреза приподнимают зажимом, а затем пальцем или гемостатическим зажимом отделяют фиброматозный узел от миометрия.
5. Узел захватывают пулевыми щипцами и путем натяжения и противонатяжения отделяют от окружающей ткани миометрия. Находят фиброзную ножку узла, которую пересекают ножницами или тонким электрокаутером. Узел удален.
6. Если определяются другие миоматозные узлы, их удаляют таким же способом.

7. Образующийся избыток мышечной и серозной тканей необходимо удалить.
8. На миометрий накладывают два ряда швов синтетической рассасывающейся нитью 2/0.
9. Серозный покров на матке восстанавливают синтетическим рассасывающимся швом нитью 4/0.



АБДОМИНАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ С ДВУСТОРОННИМ УДАЛЕНИЕМ И БЕЗ УДАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ



ХОД ОПЕРАЦИИ

1. Пациентка располагается на спине в положении для камнесечения. Под общим обезболиванием производится тщательное гинекологическое обследование. Это важно, поскольку позволяет хирургу получить представление об особенностях анатомии внутренних половых органов. Это бывает трудно сделать при обследовании пациентки в амбулаторных условиях. Затем пациентку переводят в положение Trendelenburg, приблизительно под углом 15° . В мочевой пузырь вводят катетер Foley. В случаях, когда нижнего срединного разреза недостаточно для полноценного доступа в верхние этажи брюшной полости, разрез можно расширить вверх и в обход пупка до необходимых размеров. После вскрытия брюшной полости надо тщательно обследовать все ее структуры и органы, включая печень, желчный пузырь, желудок, почки и парааортальные лимфатические

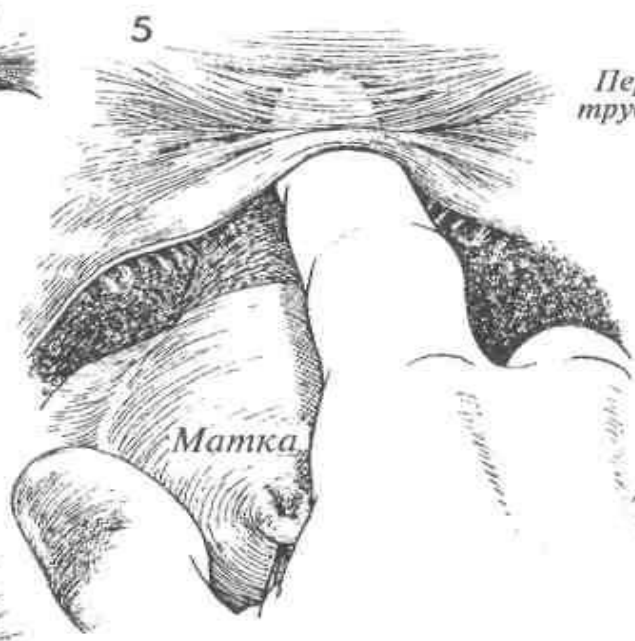
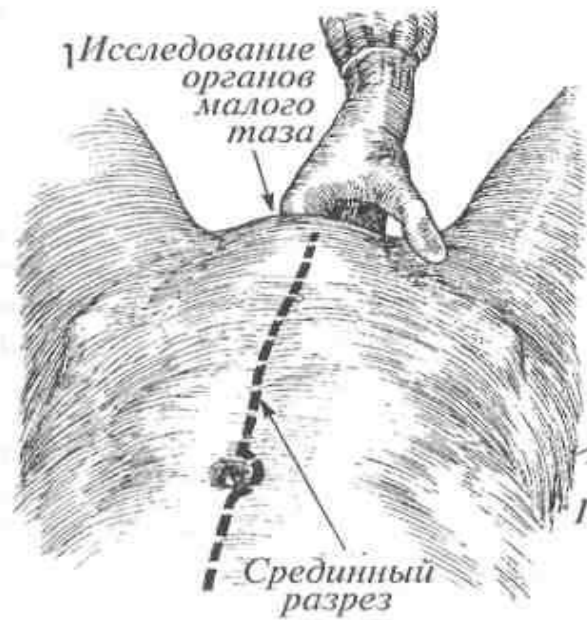
2. В рану вводят ранорасширитель, кишечник отграничивают влажными теплыми салфетками. На дно матки накладывают одиночный шов-держалку синтетической рассасывающейся нитью 0. Матку отводят вправо, левая круглая связка при этом натягивается, и ее пересекают между двумя зажимами.

3. Дистальную культю круглой связки лигируют синтетической рассасывающейся нитью 0. На проксимальной культе остается лежать прямой зажим. Ножницами вскрывают и осторожно разводят листки широкой связки матки в переднезаднем направлении.

4. Поднимая матку вверх, хирург вскрывает передний листок широкой связки по направлению к маточно-пузырной складке. Этапы 2-4 повторяют и с противоположной стороны.

5. Маточно-пузырную складку приподнимают; при этом становятся видны тонкие плоские тяжи, соединяющие мочевой пузырь с лонно-пузырной шейечной фасцией. Мочевой пузырь может быть отсепарован от нижнего маточного сегмента и шейки матки тупым или острым путем.

6. При сохранении придатков матку следует оттянуть вперед к лонному сочленению и наклонить в сторону, чтобы оказались натянутыми воронко-тазовая связка, подвешивающая связка яичника и маточная труба. Палец вводят со стороны заднего листка широкой связки и проводят под трубой и яичниковой связкой. Маточную трубу и подвешивающую связку яичника захватывают двумя зажимами, пересекают и лигируют синтетической рассасывающейся нитью 0. Дистальную культю лучше лигировать дважды, сначала просто обвязать одним витком синтетической рассасывающейся нитью 0, а затем прошить и перевязать такой же нитью. Те же действия выполняют с противоположной стороны.



7. Затем матку приподнимают и отклоняют к одной из стенок таза, чтобы оказалась натянутой нижняя часть широкой связки. Тяжи тканей, окружающие маточные сосуды, натягивают, приподнимая круглую связку, и пересекают. Три изогнутых зажима накладывают на сосудистый пучок в области его соединения с нижним маточным сегментом. Для надежности используют следующий прием: накладывают зажимы, их концами слегка захватывают край матки, а затем как бы соскальзывают с него. Это гарантирует надежный захват маточных сосудов. Сосудистый пучок пересекают между верхним зажимом и двумя нижними. Дистальную культю дважды лигируют синтетической рассасывающейся нитью 0.

При наложении первой лигатуры ткани культи прошивают у самого конца крайнего зажима, а узел завязывают у противоположного края. Средний зажим при этом остается на месте. Вторую лигатуру накладывают аналогично первой. Нельзя прошивать культю в средней ее части, поскольку здесь проходят сосуды и возможно развитие гематомы. Подобным же способом лигируют сосудистый пучок с противоположной стороны. Осторожно делают поперечный дугообразный разрез лонно-пузырной шейечной фасции, покрывающей нижний маточный сегмент. Отделение фасции от подлежащих тканей шейки матки облегчается при подтягивании матки вверх.

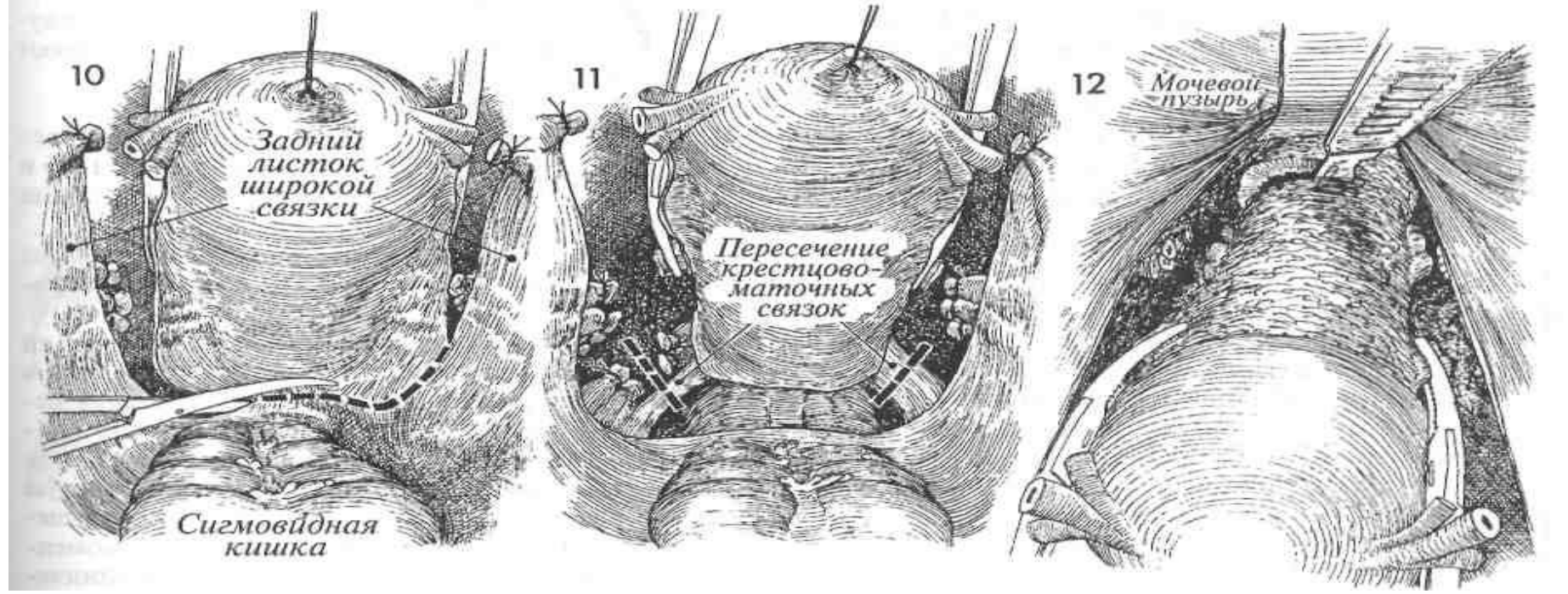
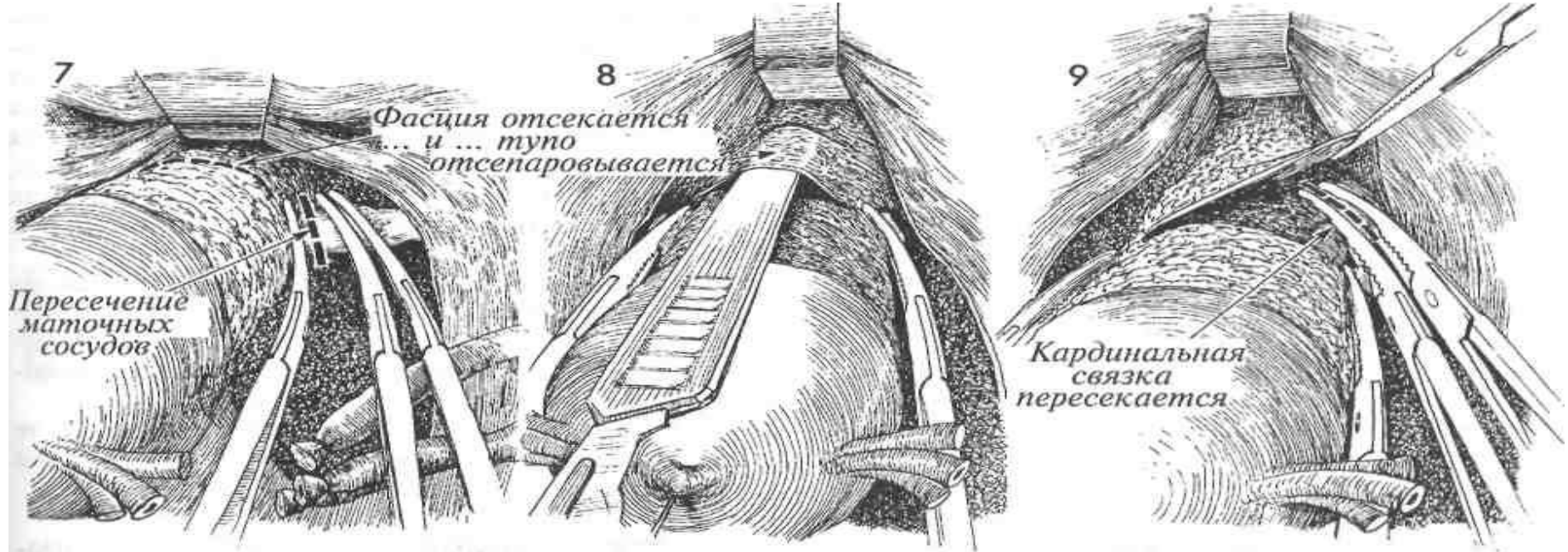
8. Матку продолжают оттягивать вверх, а лонно-пузырную шейечную фасцию рукояткой скальпеля отсепаровывают книзу. Тем самым удается мобилизовать мочеточник в каудальном и латеральном направлениях.

9. На кардинальную связку на расстоянии около 2 см друг от друга накладывают два прямых зажима и связку рассекают между ними. Дистальную культю лигируют синтетической рассасывающейся нитью 0. Нельзя пытаться прошивать культю из-за опасности ранения сосудов. Вторую кардинальную связку лигируют таким же образом.

10. Рассекают задний листок широкой связки в направлении книзу, к крестцово-маточным связкам, и поперек задней поверхности нижнего маточного сегмента, между прямой кишкой и шейкой матки.

11. Крестцово-маточные связки с обеих сторон захватывают прямыми зажимами, рассекают и лигируют синтетической рассасывающейся нитью 0.

12. Матку подтягивают вверх, а нижний маточный сегмент и верхний отдел влагалища пальпируют между большим и указательным пальцами для оценки полноты пересечения связок. Влагалище вскрывают колющим разрезом скальпелем и далее пересекают по окружности скальпелем либо ножницами. Матку полностью иссекают. Края культи влагалища захватывают зажимами и разводят в четыре разные стороны.



13. На края слизистой влагалища накладывают непрерывный обвивной шов синтетической рассасывающейся нитью 0, начиная с середины передней стенки влагалища, под мочевым пузырем и далее в сторону к культям кардинальной и крестцово-маточной связок, которые фиксируют этим швом к краю влагалища.

в. Непрерывный обвивной шов накладывают на заднюю стенку влагалища, закрывая ректовагинальное пространство.

с. Культы кардинальной и крестцово-маточной связок с противоположной стороны также подшиты обвивным швом к краю культи, наложение шва завершают у места его начала.

На

этом этапе следует еще раз оценить надежность наложенного шва и качество гемостаза, особенно в местах соединения боковых стенок влагалища с культями крестцово-маточных и кардинальных связок. Эти участки могут быть источником кровотечения. Теперь следует тщательно промыть полость малого таза стерильным изотоническим раствором натрия хлорида и затем еще раз убедиться в надежности гемостаза всех рассеченных участков тканей.

14. Дно малого таза перитонизируют непрерывным швом синтетической рассасывающейся нитью 2/0 от переднего к заднему листку широкой связки. При этом культя маточных труб, круглых, яичниковых, кардинальных и крестцово-маточных связок располагаются забрюшинно.

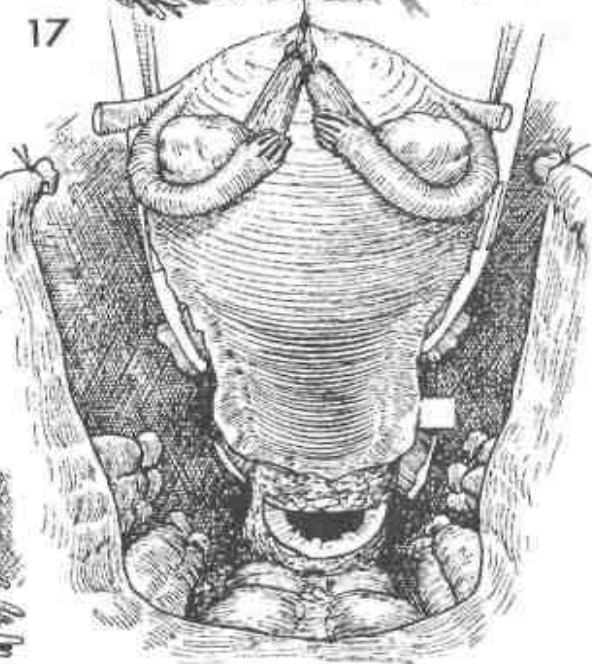
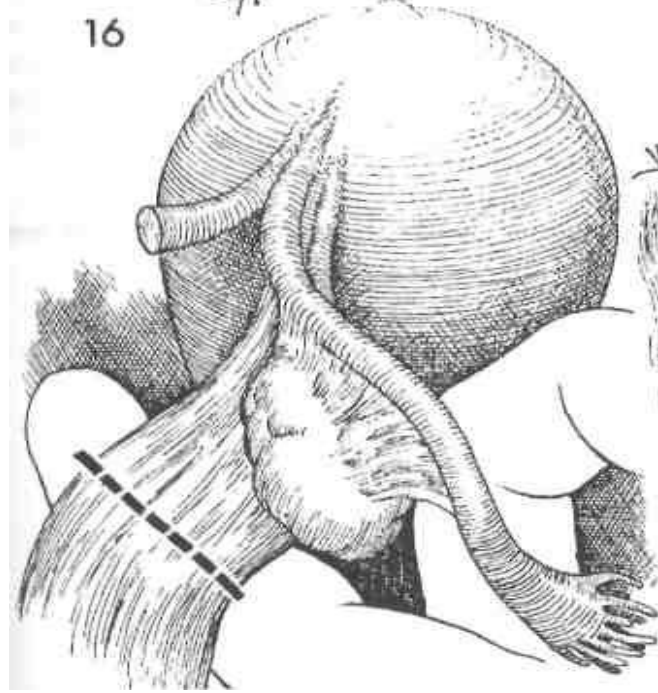
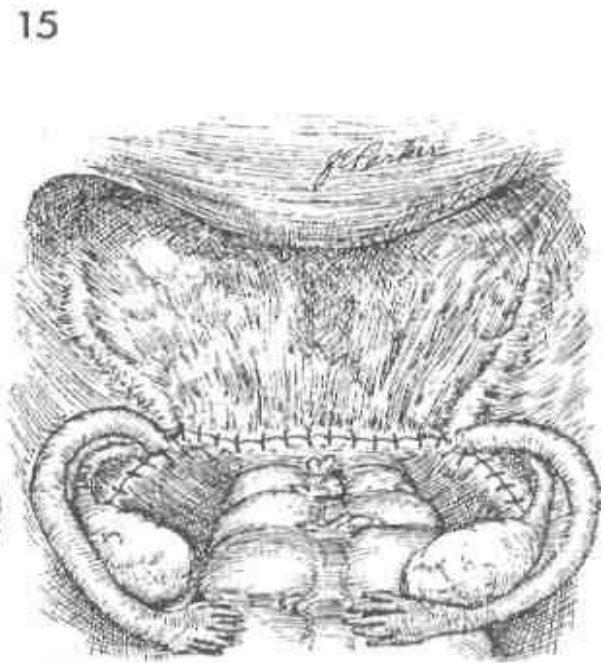
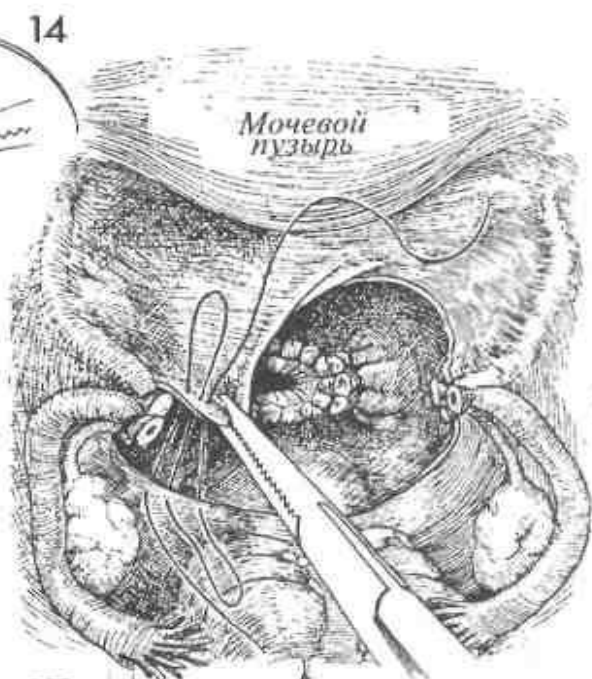
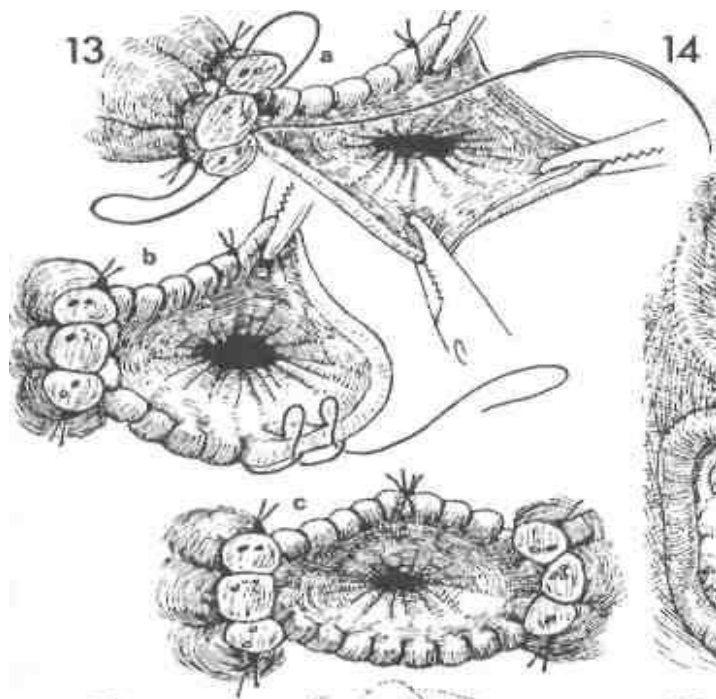
15. Дренажи устанавливаются редко. Если их использование показано, то они проводятся через открытое отверстие влагалища и размещаются около боковых стенок таза в забрюшинном пространстве.

16. Если придатки подлежат удалению, то это следует делать на 6 этапе операции. При этом палец следует вводить не под трубу и собственную связку яичника, а под воронко-тазовую связку. Следует проявлять осторожность, чтобы не вовлечь мочеточник. При различных заболеваниях внутренних половых органов (эндометриоз, воспалительные процессы и т. д.) мочеточник часто оказывается смещенным вплотную к воронко-тазовой связке.

На связку накладывают два зажима, рассекают ее и дистальную ее культю дважды дотируют: сначала просто обвязывают синтетической рассасывающейся нитью 0, а затем прошивают и обвязывают такой же нитью. При двустороннем удалении придатков те же действия выполняют и с противоположной стороны.

17. Маточная труба и яичник мобилизованы к центру тела матки. Последующие этапы операции выполняют аналогично пунктам 7—13.

18. Завершена перитонизация тазового дна после удаления маточных труб и яичников. Культы воронко-тазовых связок располагаются забрюшинно. В послеоперационном периоде не следует вводить во влагалище тампоны и катетеризировать мочевой пузырь. Оставленное открытым отверстие культи влагалища закрывается очень легко. Иногда в верхнем отделе влагалища обнаруживается небольшой участок грануляций. Его можно прижечь нитратом серебра спустя 4 недели после операции в амбулаторных условиях. Половую жизнь разрешают через 4 недели, а возвращение к обычной работе через 5 недель с момента операции, после предварительного клинического осмотра.



Литература

1. Гинекология_Г.М.Савельева (2004)
2. Атлас оперативной гинекологии - Уиллис (2004)

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!!**