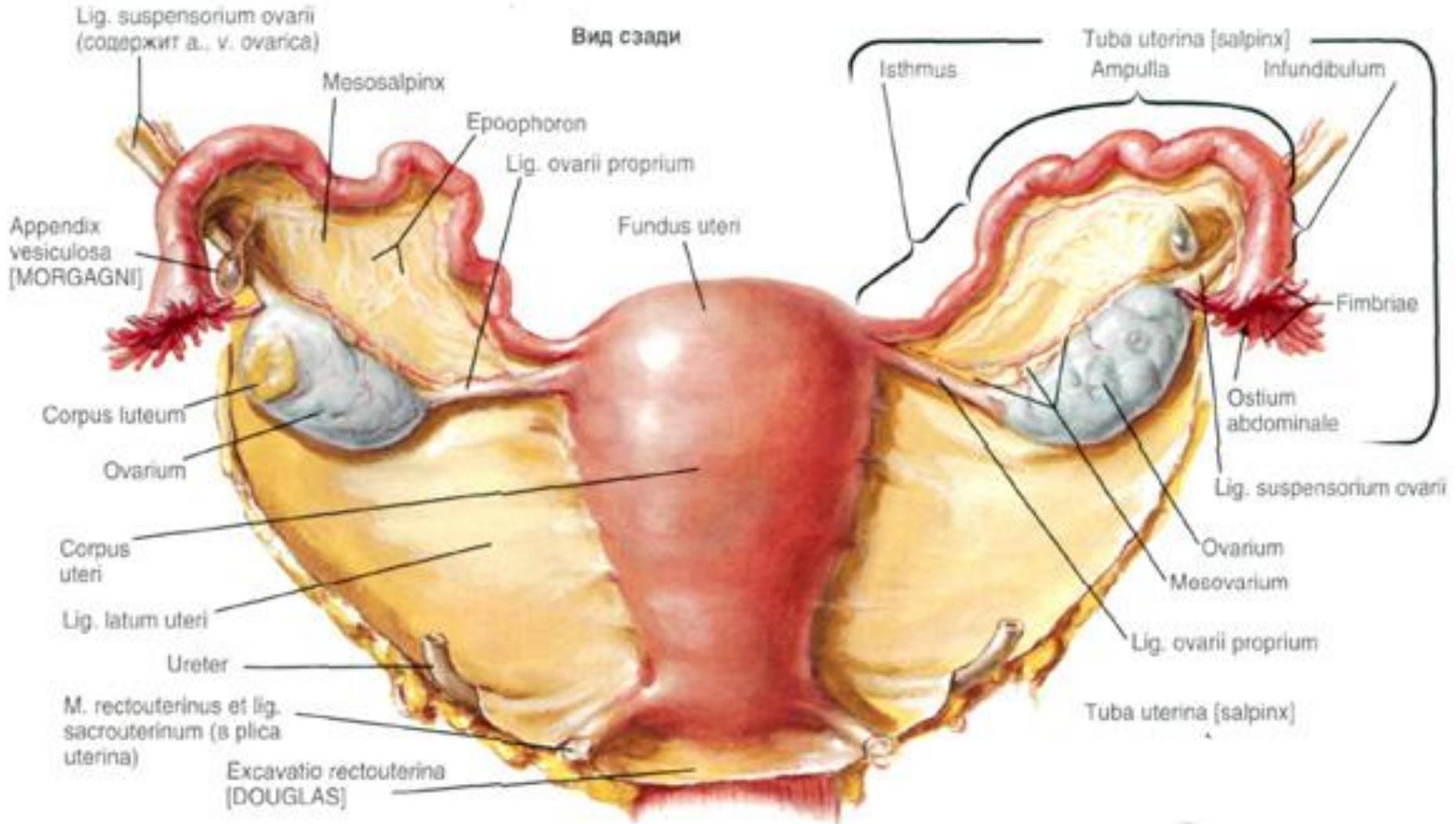


Введение в оперативную гинекологию

Анатомия женских половых органов



Маточные (фаллопиевы) трубы

Тянутся к яичникам, которые в них открываются. На свободных концах пальцевидные образования – фимбрии

Дно матки

Часть тела матки, лежащая сверху, над маточными трубами

Тело матки

Верхняя часть связана с двумя маточными трубами, нижняя часть присоединяется к шейке матки и влагалищу

Эндометрий

Оболочка, которая во время менструального цикла становится толще, готовясь к имплантации эмбриона

Шейка матки

Вдаётся во влагалище, где открывается канал шейки матки

Миометрий

Толстый мускулистый слой, в котором находится большинство кровеносных сосудов, питающих матку

Свод

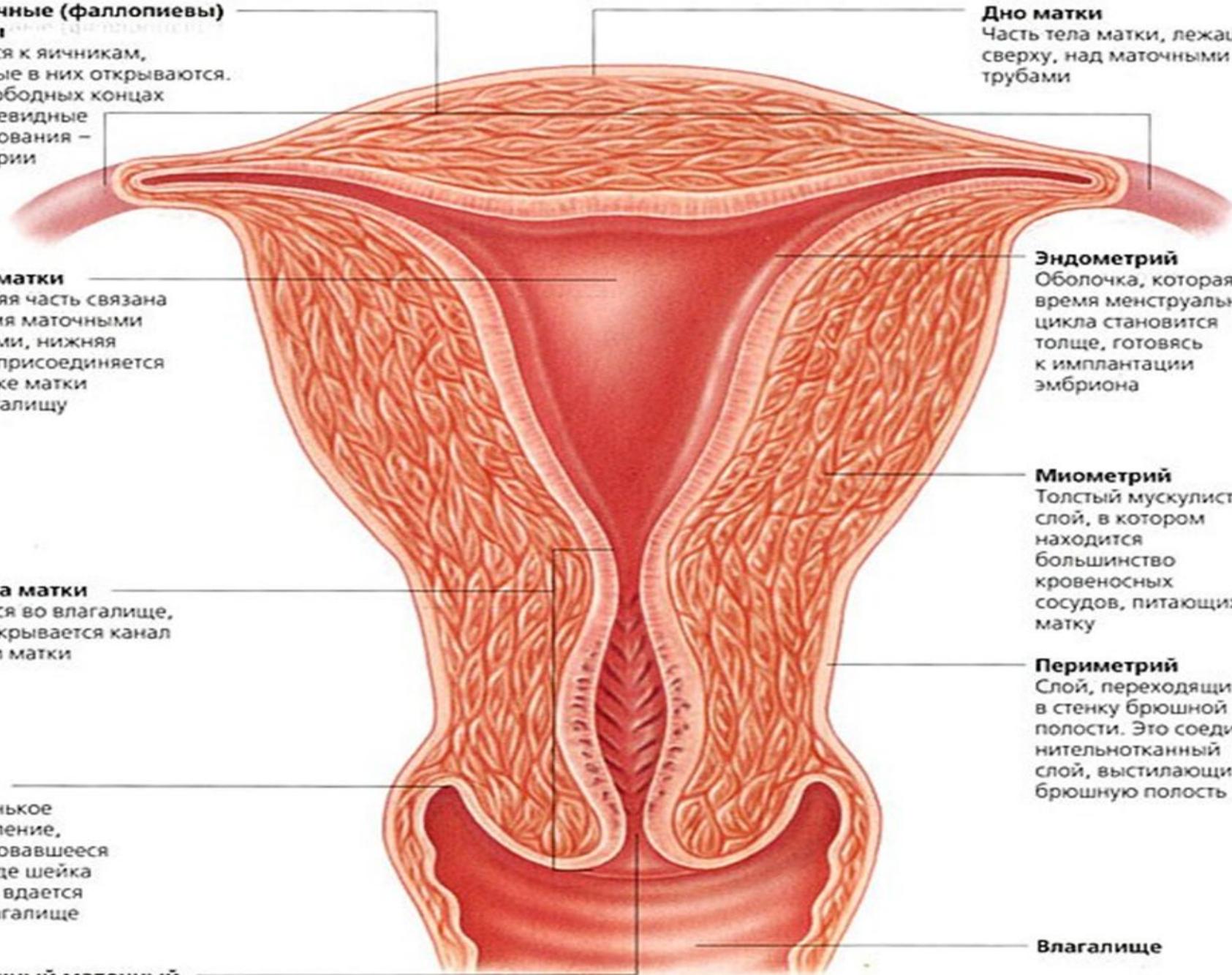
Маленькое углубление, образовавшееся там, где шейка матки вдаётся во влагалище

Периметрий

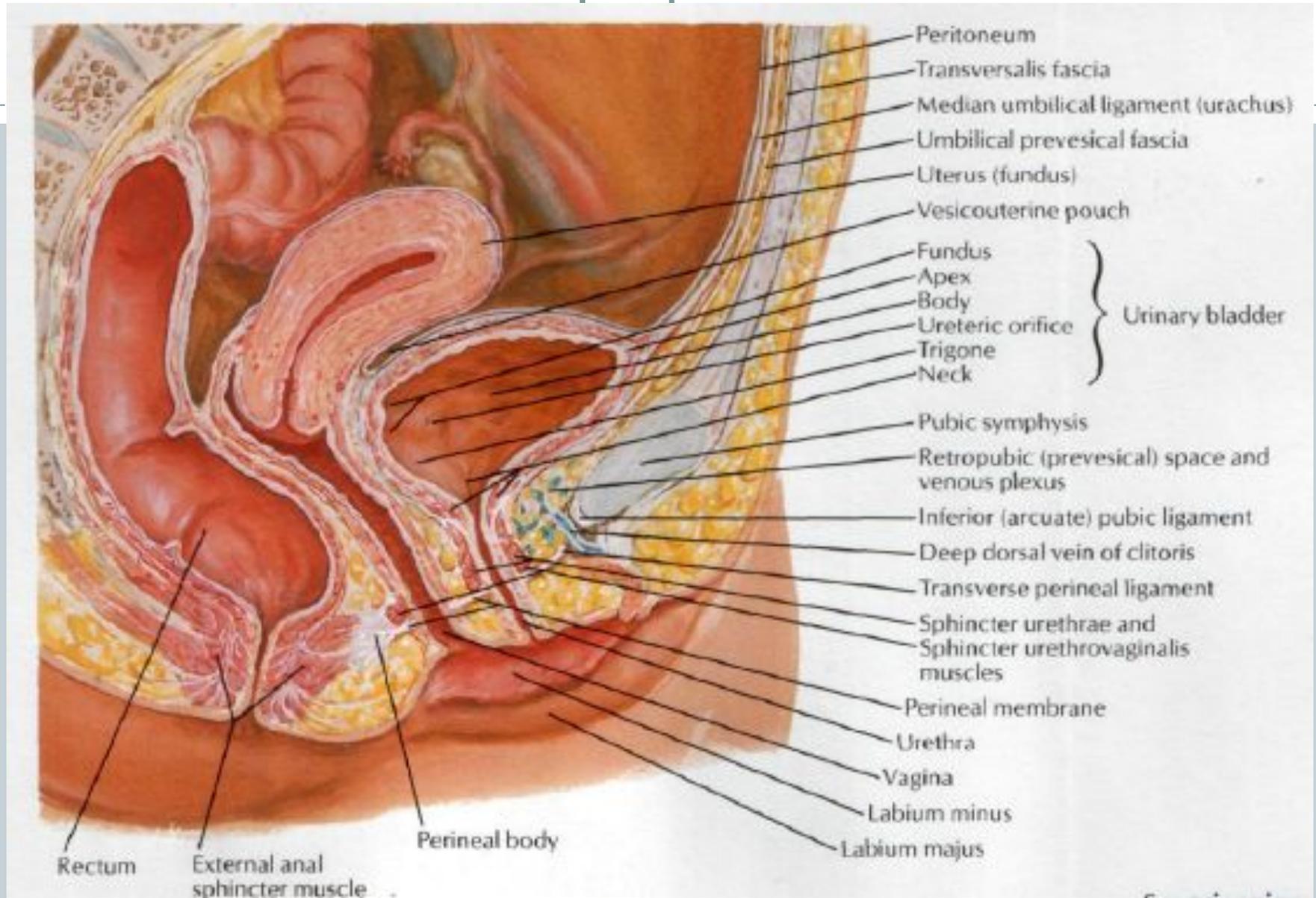
Слой, переходящий в стенку брюшной полости. Это соединительнотканый слой, выстилающий брюшную полость

Наружный маточный зев

Влагалище



Сагиттальный разрез женского таза



Основные жалобы

Тазовая боль

Аномальные
кровотечения
(меноррагии,
метроррагии и др.)

Нарушение
менструальной
функции

Бесплодие

Аномальные
выделения из
половых путей

Диспареуния

Нарушение
функции
смежных
органов

Пальпируемое
образование в
области малого
таза

Воспалительны
е реакции

Возраст

Перенесенные заболевания

Социально-экономические условия труда и быта,
вредные факторы

Семейный анамнез

Менструальная функция

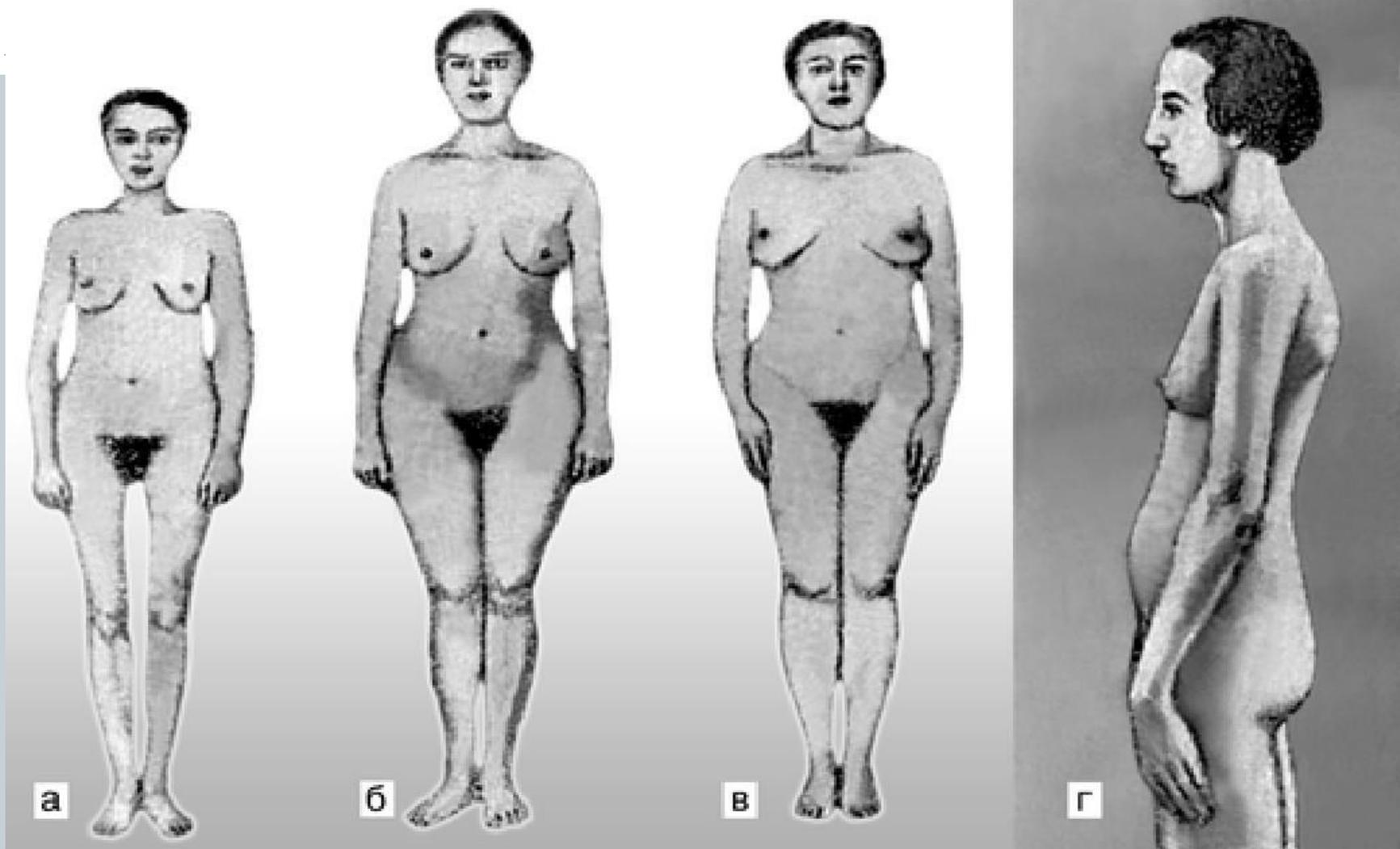
Акушерский анамнез

Секреторная функция

Половая функция

Перенесенные гинекологические заболевания

Осмотр



а инфантильный тип; б пикнический тип; в
интерсексуальный; г астенический тип.

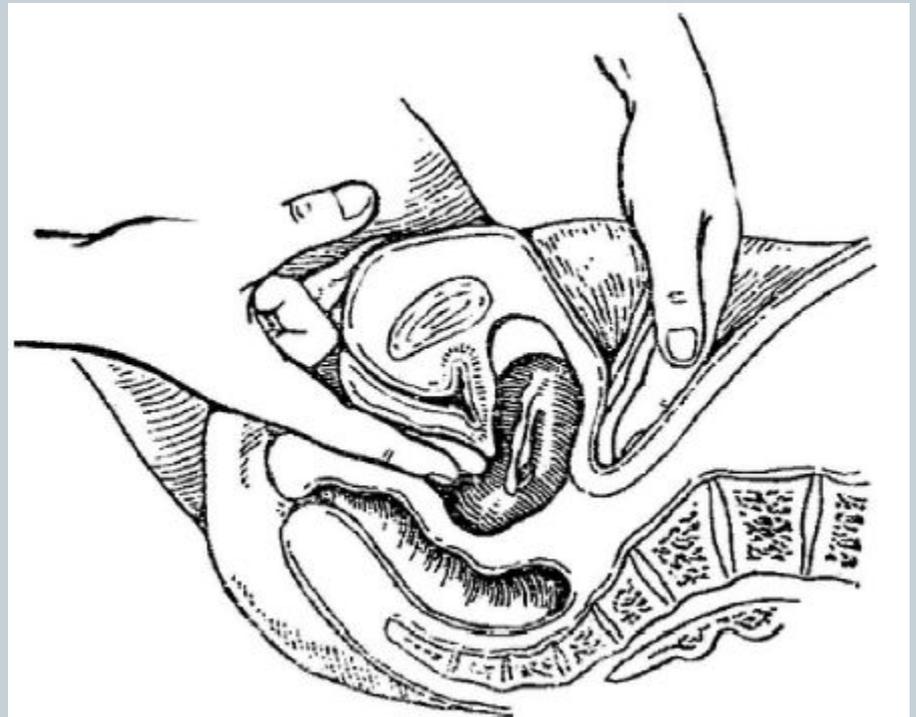
Методы диагностики

Влагалищное исследование



Осмотр шейки матки при помощи зеркала Куско

Бимануальное вагинальное исследование



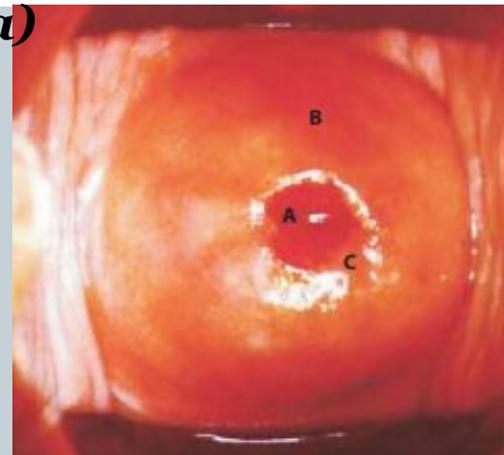
Эндоскопические методы исследования

Кольпоскопия

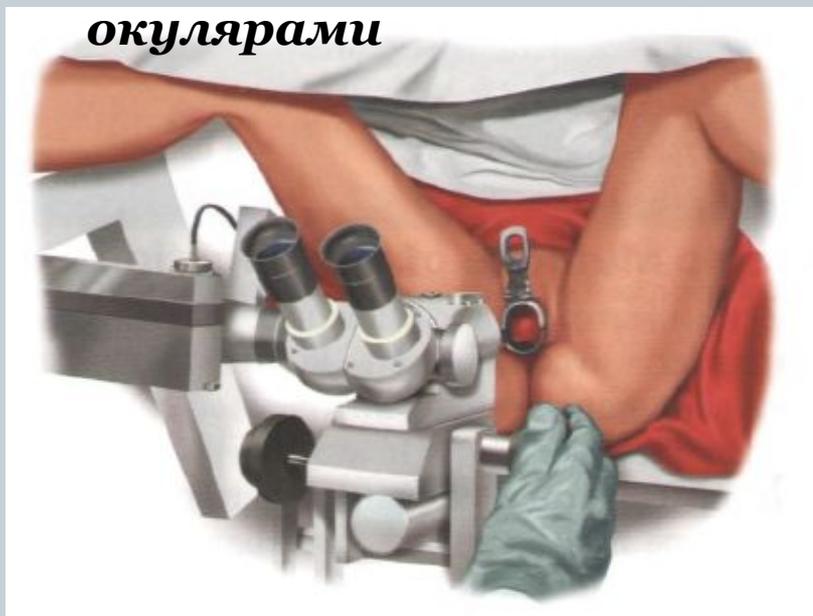
*ШМ у рожавшей женщины
(норма)*



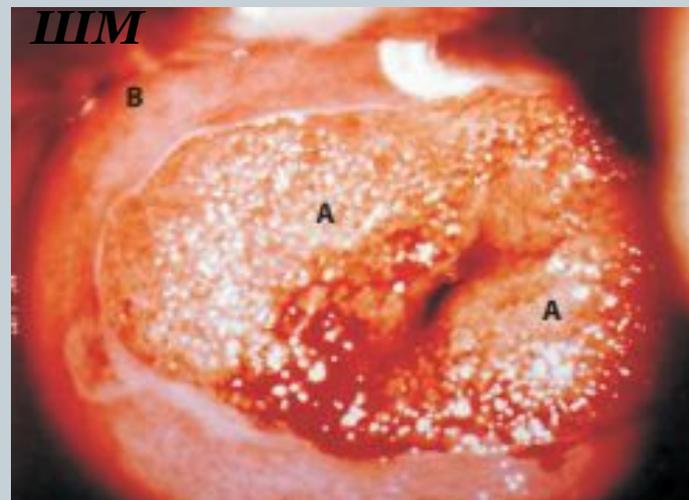
*ШМ у нерожавшей женщины
(норма)*



*Кольпоскоп с
окулярами*

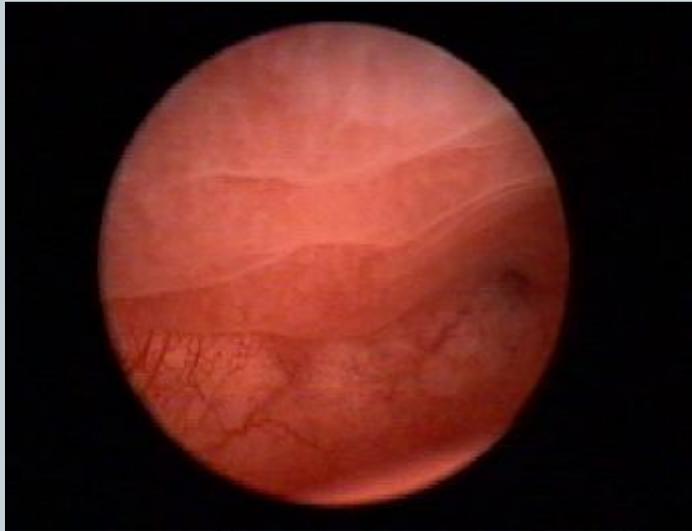
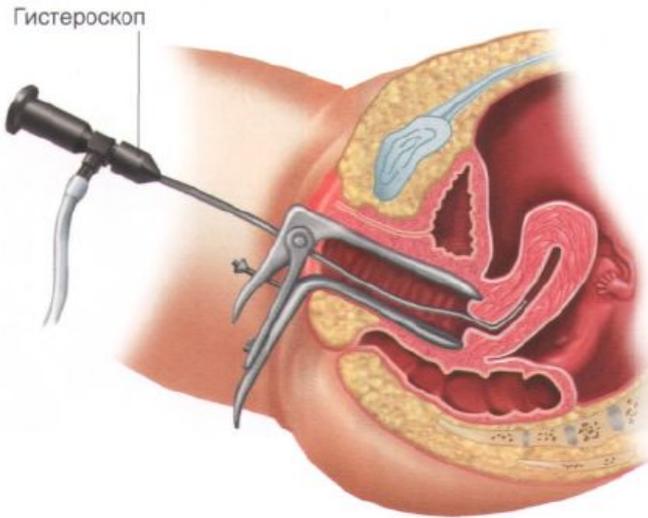


*Выраженная эктопия
ШМ*

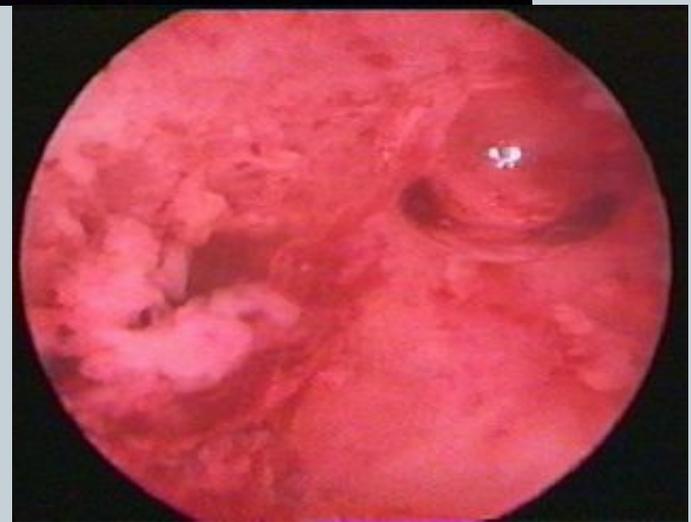


Эндоскопические методы исследования

Гистероскопия

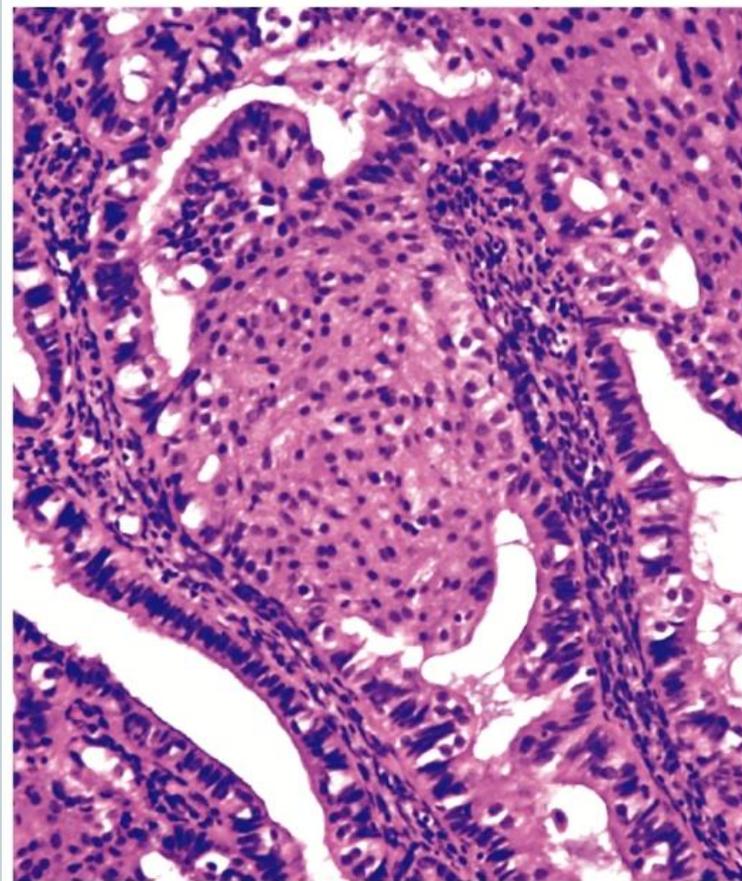
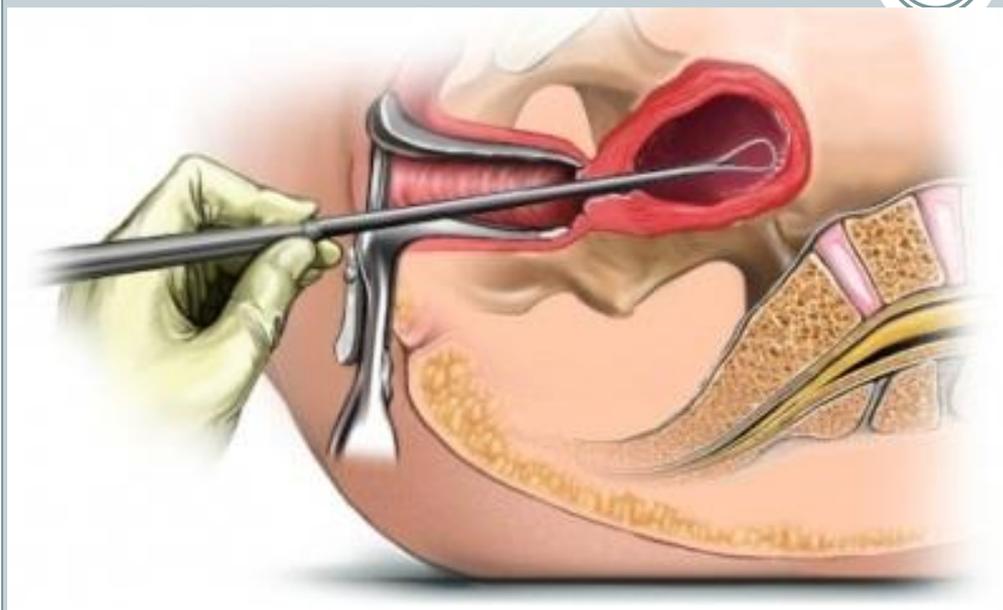


Эндометрий в фазе поздней пролиферации



Эндометрий во время менструации

Раздельное диагностическое выскабливание (РДВ)



Железистая гиперплазия эндометрия

Кульдоцентез

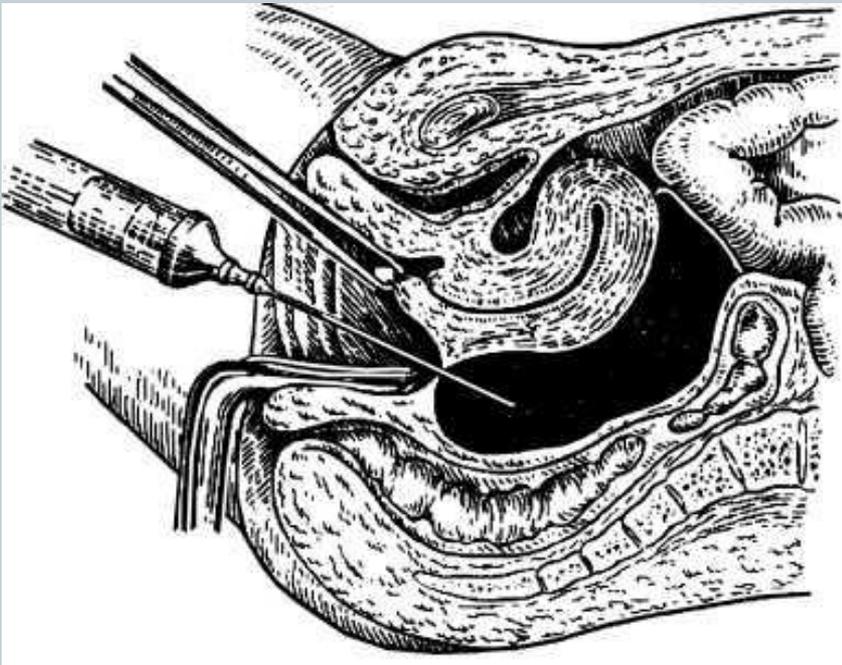


**Характер
жидкости:**

Кровь

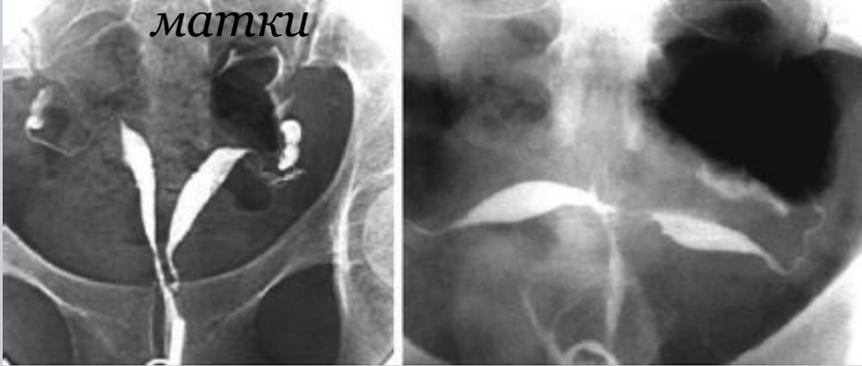
Гной

Экссудат

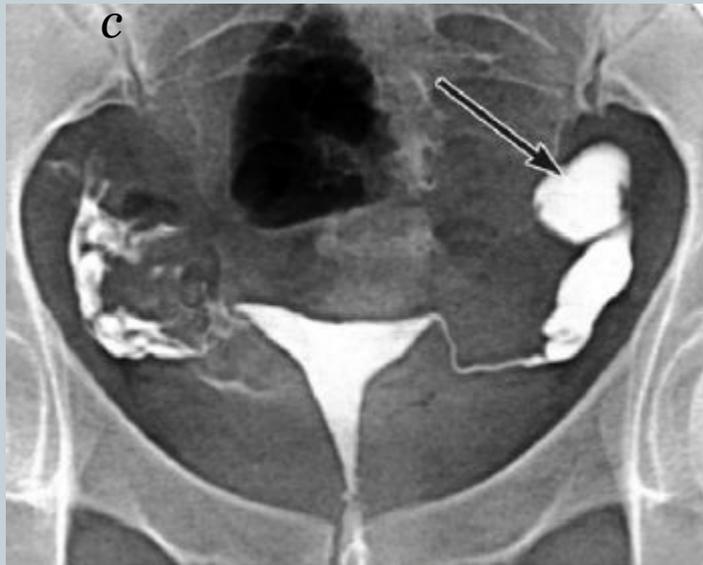


Рентгенологические методы Гистеросальпингография

*Пороки развития
матки*



Сактосальпинк
с



*Эндометриоз в истмическом
отделе*

левой маточной трубы



Особенности гинекологических операций

Адекватный объем
хирургического
вмешательства

Восстановление
функций

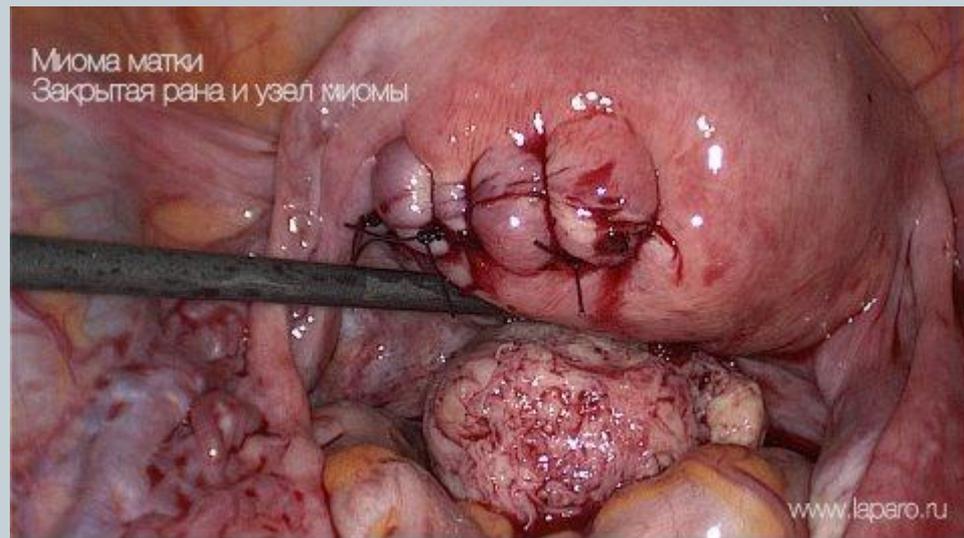
Рациональный
хирургический
доступ

Прецизионность

Объем хирургического вмешательства



Радикальные операции



Органосохраняющие операции

Хирургический доступ

A diagram with the title 'Хирургический доступ' at the top. A dashed horizontal line runs across the page. In the center of this line is a circle with a double outline. Two red arrows point downwards from the left and right sides of this circle to two orange rounded rectangular boxes. The left box is labeled 'Трансабдоминальные' and the right box is labeled 'Трансвагинальные'. Below each box is a list of surgical access types.

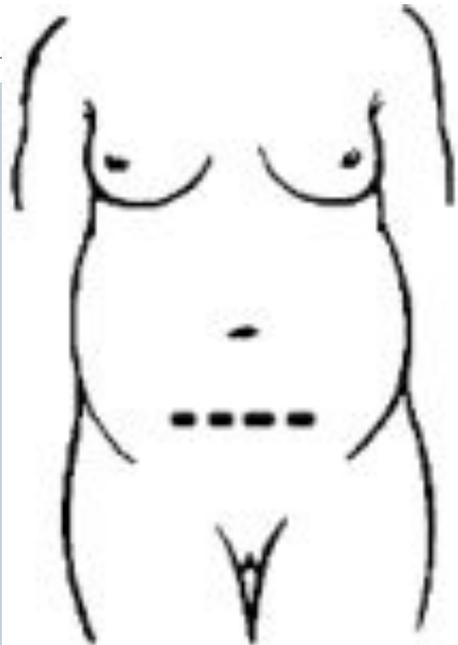
Трансабдоминальные

- Нижнесрединная лапаротомия
- Поперечный надлобковый (по Пфанненштилю)
- Поперечный интралиакальный (по Черни)
- Мини-лапаротомия
- Лапароскопия

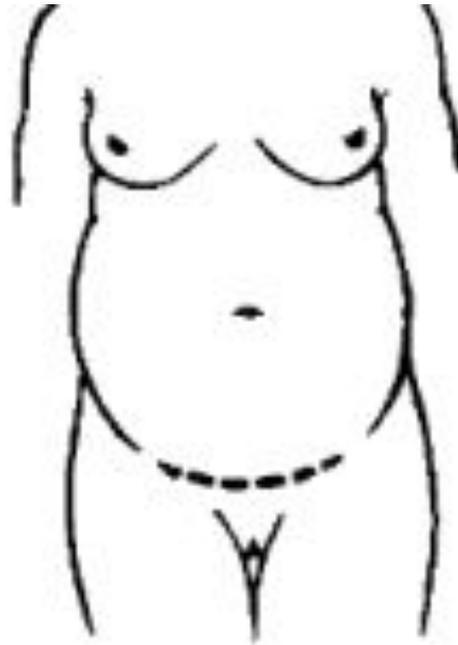
Трансвагинальные

- Влагалищный
- Гистероскопический

Абдоминальные доступы



По Черни

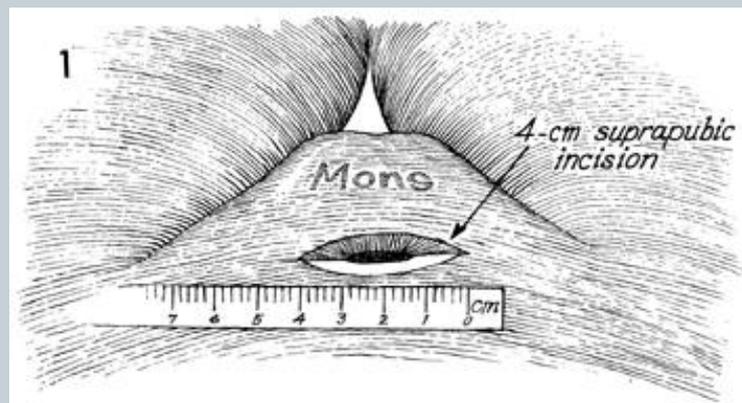
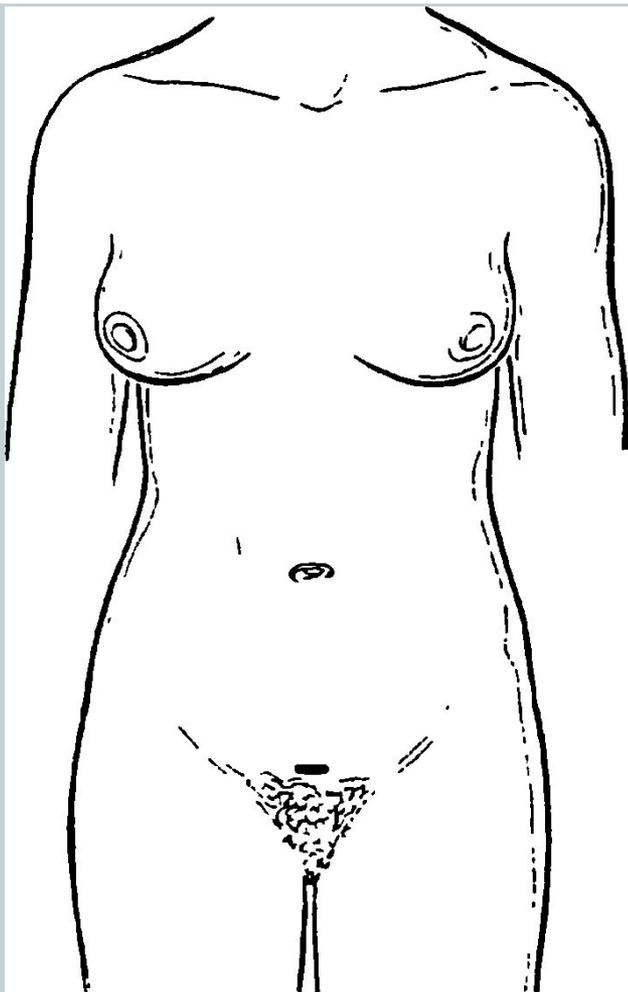


По Пфанненштилю

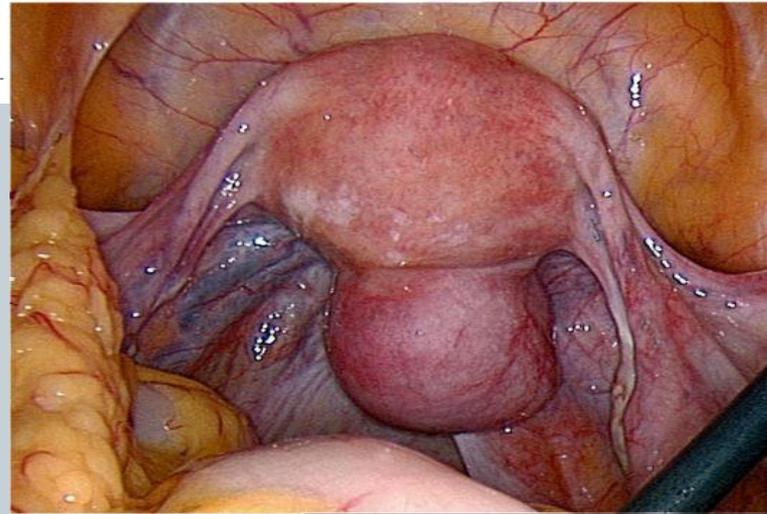


Нижняя срединная лапаротомия

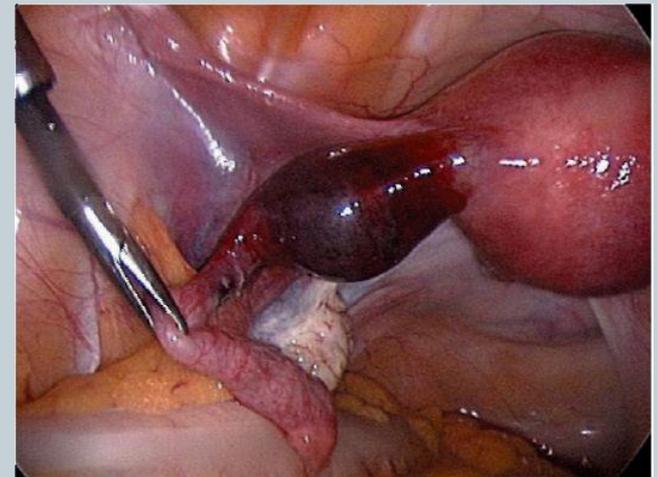
Мини-лапаротомия



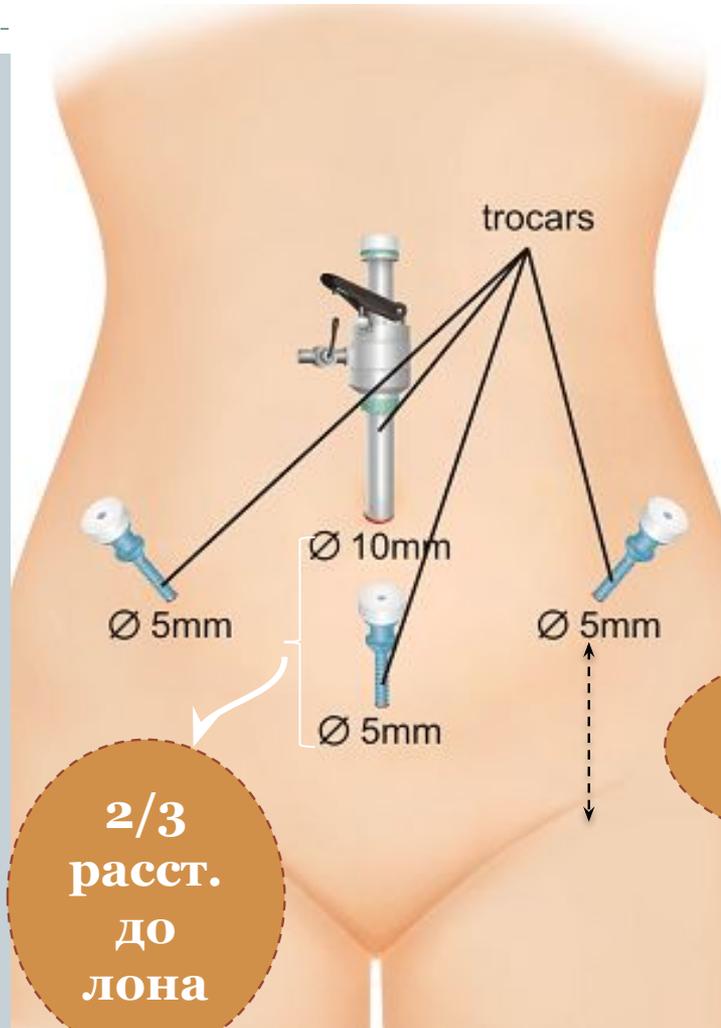
Лапароскопия



Субсерозный миоматозный узел



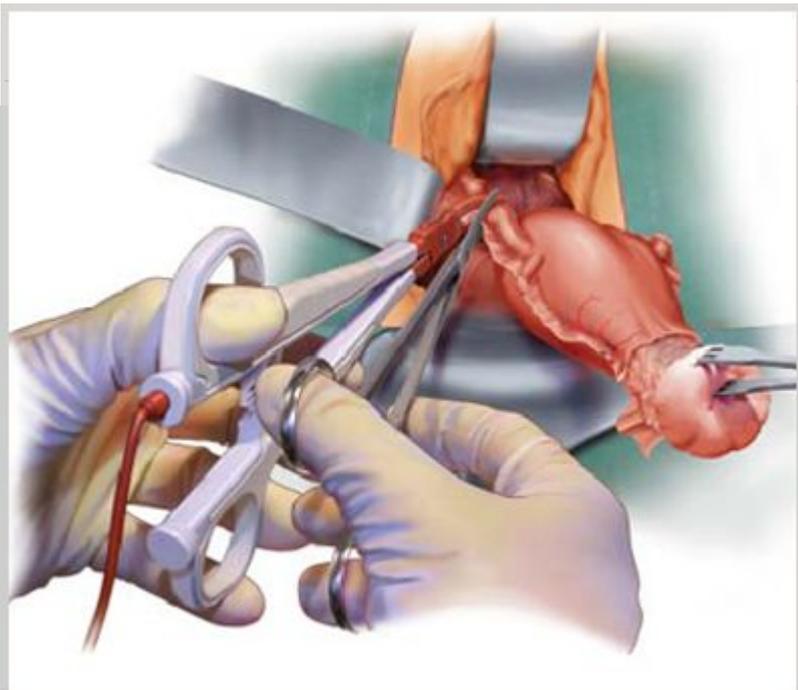
Трубная беременность



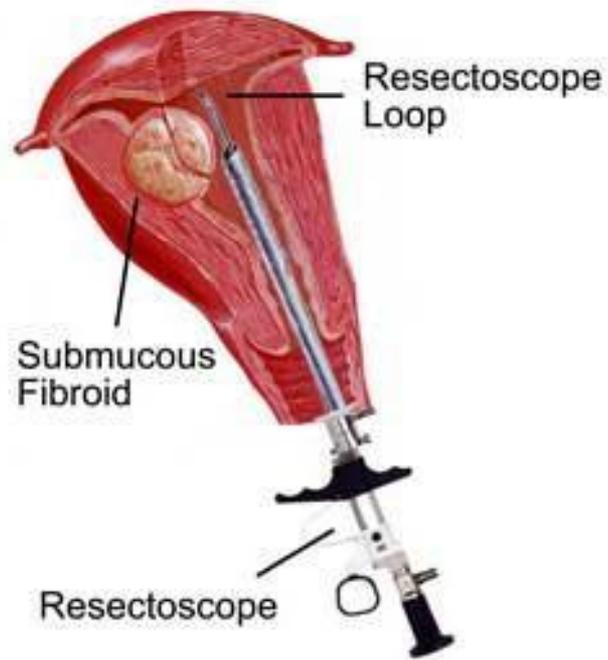
2,5-3,5 см
или
5-6 см

2/3
расст.
до
лона

Трансвагинальные доступы



*Влагалищная
гистерэктомия*



Осложнения, связанные с гинекологическими вмешательствами

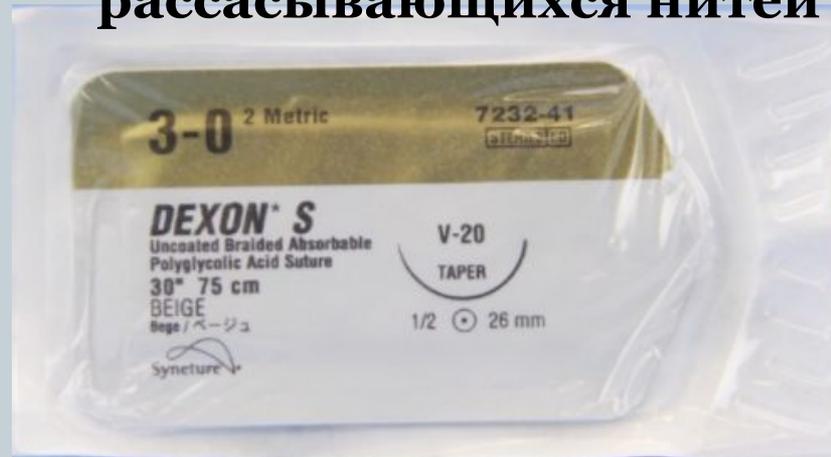


- Повреждение сосудов передней брюшной стенки
- Повреждение петель кишечника
- Повреждение мочевого пузыря
- Повреждение мочеточника!!!

Шовный материал



Преимущества у синтетических рассасывающихся нитей



Но может
использоваться кетгут

ИМПЛАНТАЦИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА ВНЕ ПОЛОСТИ МАТКИ НАЗЫВАЕТСЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ (ВНЕМАТОЧНОЙ) БЕРЕМЕННОСТЬЮ.

Трубную беременность разделяют на :

- Ампулярную.
- Истмическую.
- Интрамуральный

Яичниковую подразделяют на:

- Развивающуюся на поверхности яичника.
- Развивающуюся интрафолликулярно.

Брюшная беременность подразделяется на:

- Первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально).
- Вторичную (имплантация в брюшной полости происходит вследствие изгнания плодного яйца из трубы).

Внематочная беременность.



- Актуальный вопрос- проблема фертильности после перенесенной внематочной беременности. (вторичное бесплодие в 50-75%)
- Трубная беременность (в структуре эктопической беременности занимает лидирующее место- 96,5-98,5%).

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

ЭТИОЛОГИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

- Инфекция органов малого таза.



Инфекционный процесс в слизистой оболочке маточной трубы

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза

- Сужение маточной трубы

Врожденные дефекты маточной трубы (например, дивертикулы и карманы)

Доброкачественные опухоли или кисты трубы

Фибромиомы матки в области трубного угла

Эндометриоз труб

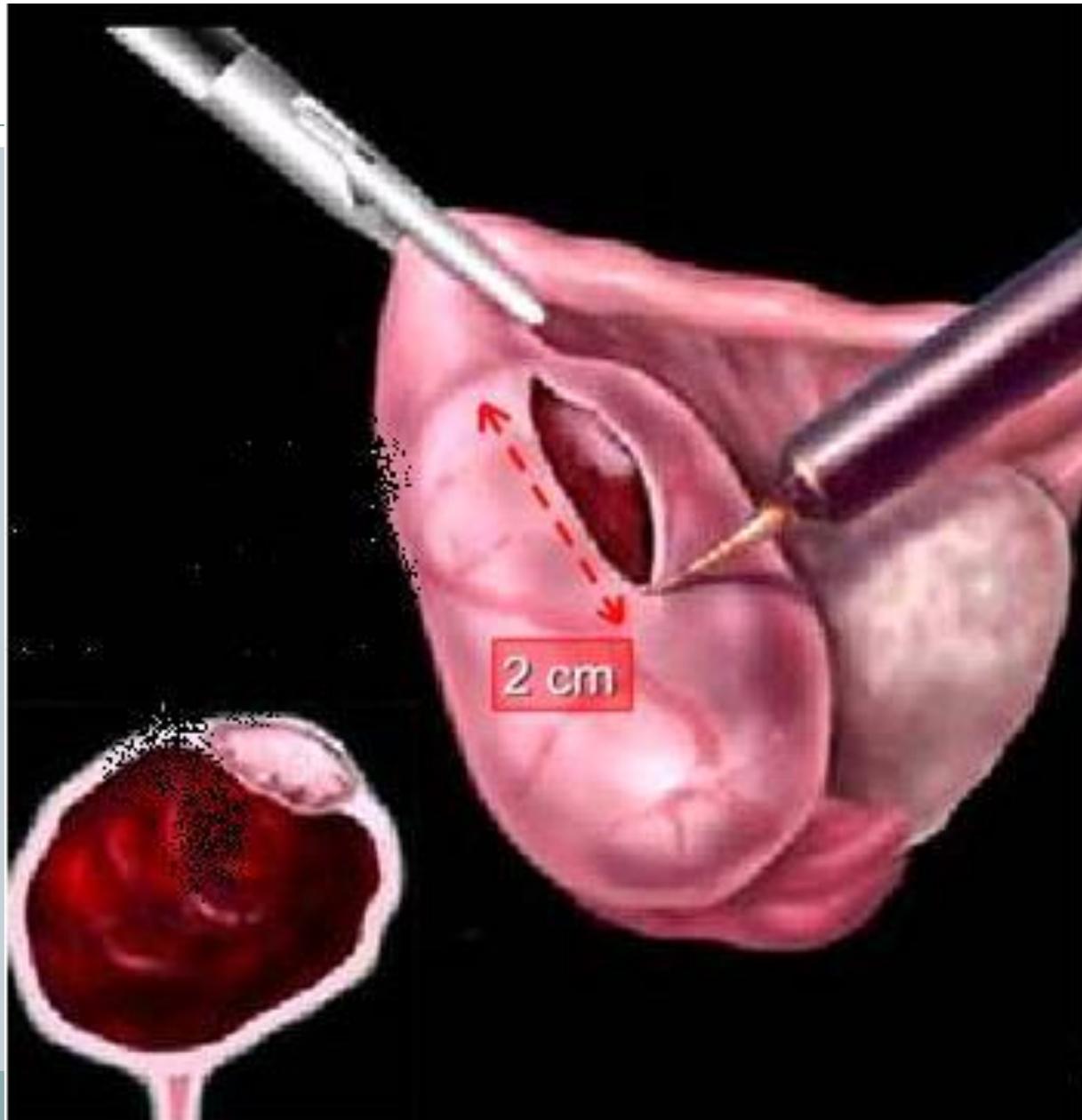
Околотрубные спайки

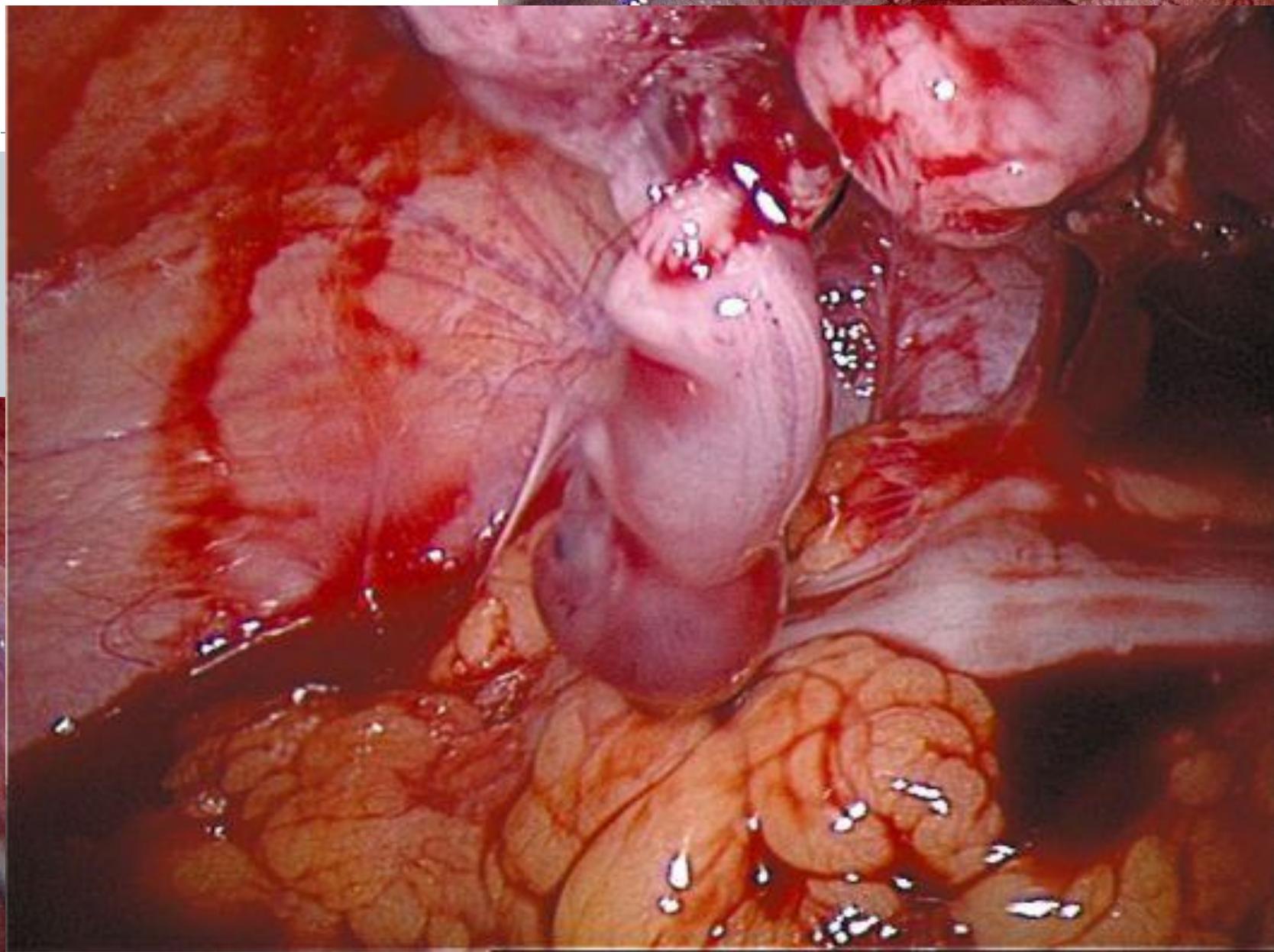
Хирургические вмешательства на маточных трубах

- Миграция оплодотворённой яйцеклетки. При внешней миграции (из яичника в маточную трубу через брюшную полость) бластоциста

успевает настолько увеличиться, что не проходит через узкий перешеек трубы.

Оплодотворённая яйцеклетка может также пройти через матку (внутренняя миграция) и попасть в противоположную трубу.



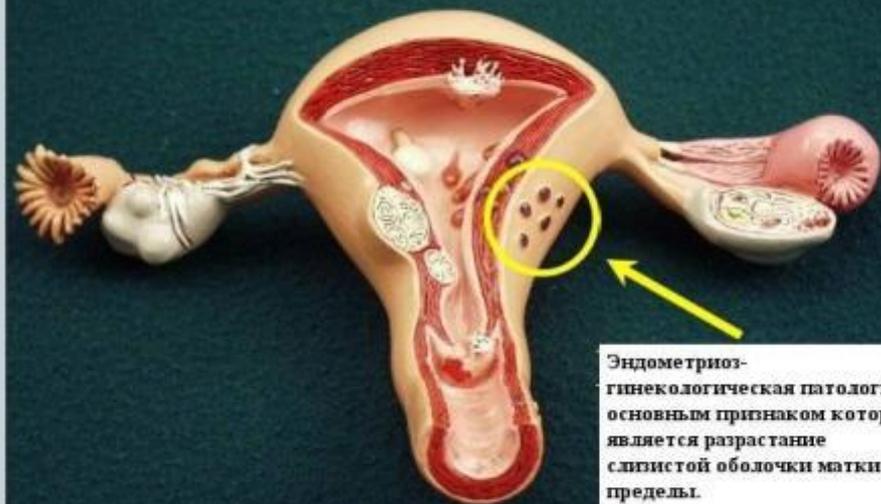


ЭНДОМЕТРИОЗ



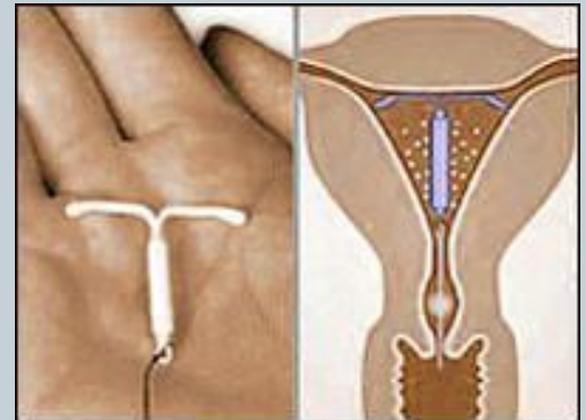
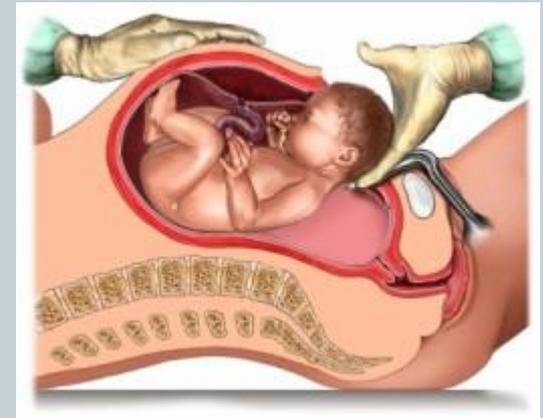
Эндометриоз

Эндометриозидная болезнь (эндометриоз) - это патологический процесс, при котором ткань разрастается за пределами полости матки. Эта ткань по своим свойствам напоминает эндометрий. Эндометрий – это слой клеток, который выстилает полость матки. Его клетки перемещаются в несвойственные ей места, там они развиваются и превращаются в опухолевидные разрастания. Они выполняют почти такие же функции, как и эндометрий.



Факторы, провоцирующие возникновение эндометриоза:

- ❑ аборты в анамнезе
- ❑ влияние экологии
- ❑ дефицит железа в организме
- ❑ оперативные вмешательства на органах малого таза (в том числе кесарево сечение)
- ❑ прижигание эрозии шейки матки)
- ❑ ожирение
- ❑ воспалительные заболевания женских половых органов
- ❑ ношение внутриматочной спирали
- ❑ нарушение функции печени и т.д.



Формы эндометриоза:

- - генитальная форма эндометриоза: поражение матки, яичников, маточных труб, наружных половых органов, ретроцервикальный эндометриоз (позади шейки матки), эндометриоз влагалища и брюшины малого таза;
- - экстрагенитальная форма эндометриоза: поражение кишечника, органов мочевой системы, послеоперационных рубцов, легких и других органов;
- - сочетанная форма эндометриоза: сочетание генитальной и экстрагенитальной форм эндометриоза.

В гинекологии чаще встречается *генитальная форма эндометриоза*, особенно часто встречается эндометриоз тела матки - аденомиоз. При аденомиозе эндометриодные очаги расположены в миометрии - мышечном слое матки. В зависимости от глубины поражения аденомиоз делят на несколько стадий:

- *1-я стадия аденомиоза* - поражение слизистой оболочки до миометрия;
- *2-я стадия аденомиоза* - поражение до середины миометрия;
- *3-я стадия аденомиоза* - поражение эндометрия до серозного покрова;
- *4-я стадия аденомиоза* - поражение париетальной брюшины.

Экстрагенитальный эндометриоз может локализоваться в кишечнике, аппендиксе, сальнике, диафрагме, мочевом пузыре, почках, мочеточниках, пупке, паховом канале, послеоперационных рубцах, легких, плевре, конечностях, позвоночнике и др.



В 92-94% случаев отмечается генитальный эндометриоз.

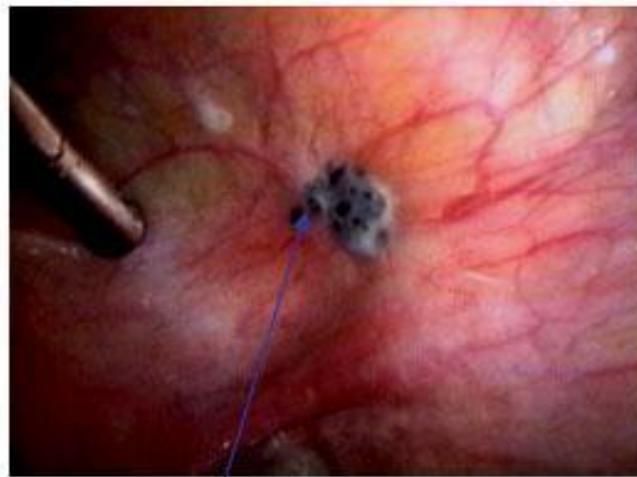
Эндометриоз может развиваться у лиц различного возраста, но наиболее часто он отмечается в 35-45 лет. Более чем у половины больных эндометриоз поражает матку. Характер поражения матки может быть диффузным или узелковым, первый из них встречается чаще. Независимо от характера заболевания одной из отличительных особенностей его является отсутствие соединительнотканной капсулы. Эндометриоз может возникать в любой части матки, но чаще обнаруживается в задней стенке и у дна, реже - в передней стенке и еще реже - в углах матки или в области внутреннего маточного зева.

Макроскопическая картина эндометриоза на разрезе напоминает изъеденное червями дерево или пчелиные соты. Прорастание эндометриоза в параметрий может симулировать инфильтрат.

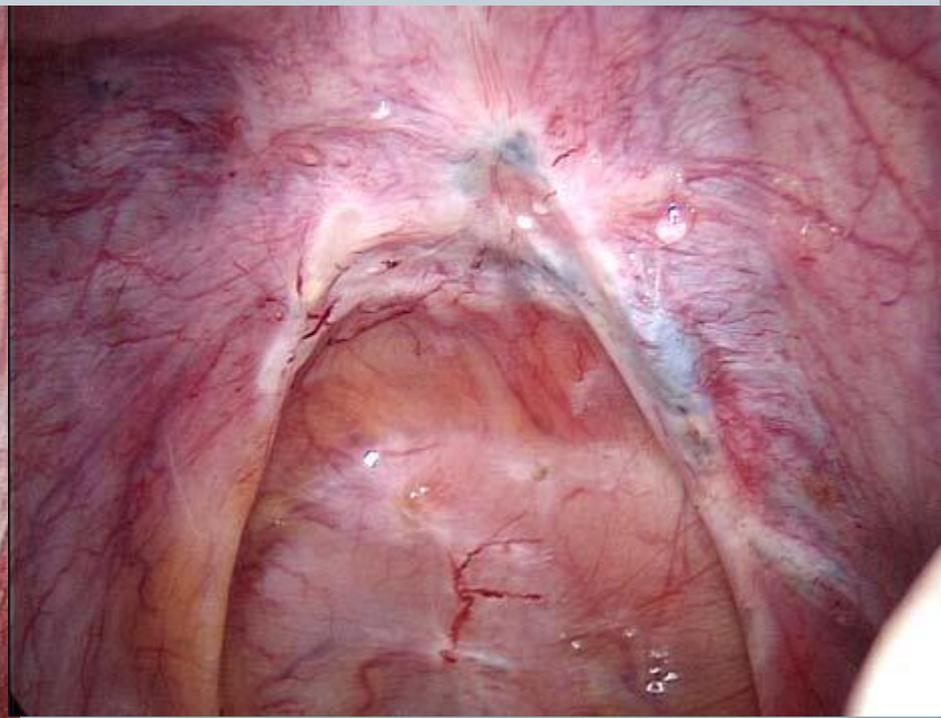
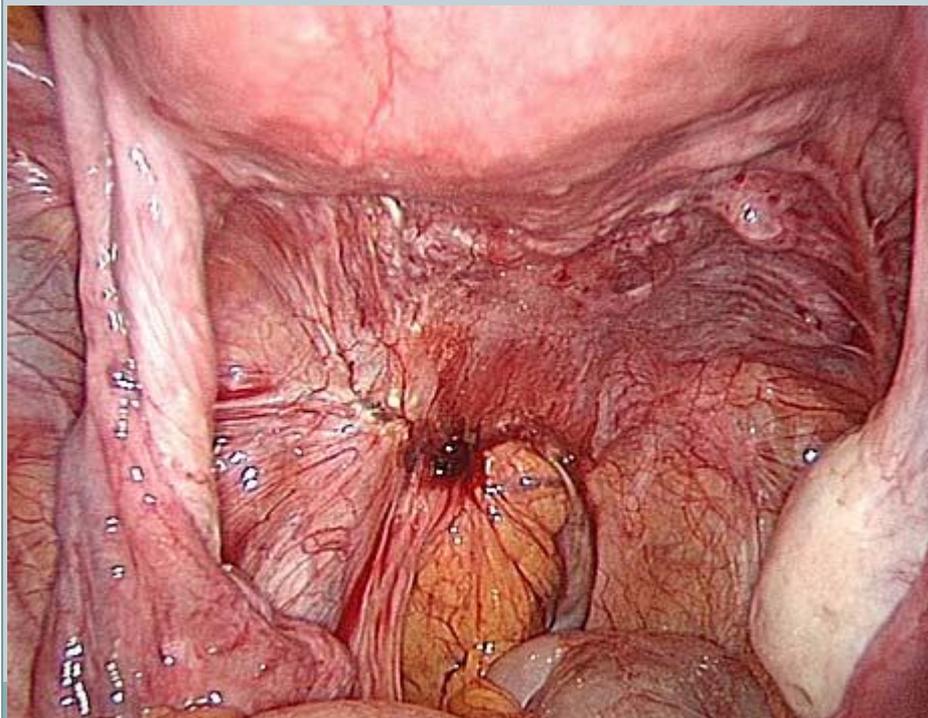
Ведущим признаком является нарушение менструаций, которые приобретают характер гиперполименореи почти у 2/3 больных. У части больных маточные кровотечения принимают характер метроррагий. Иногда отмечаются коричневые выделения в конце регул и спустя несколько дней после них. Особенностью маточных кровотечений при этом заболевании является слишком упорный их характер. Консервативная терапия или неоднократные выскабливания в лучшем случае дают только временный эффект.



Очаг эндометриоза на поверхности яичника



Очаг эндометриоза на поверхности брюшины

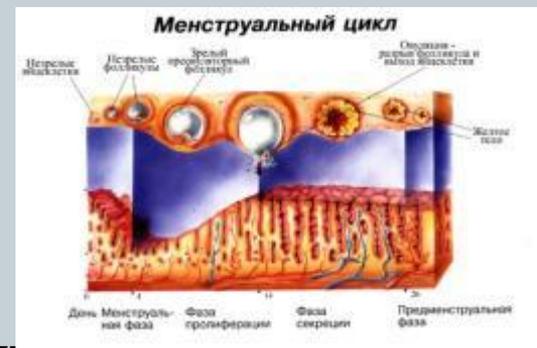


Симптомы эндометриоза:

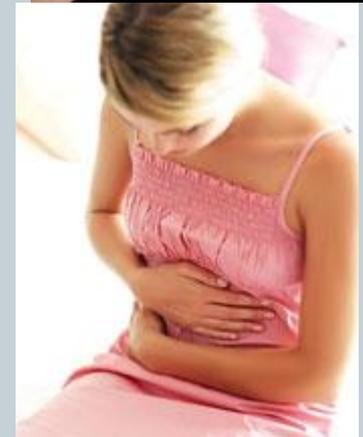
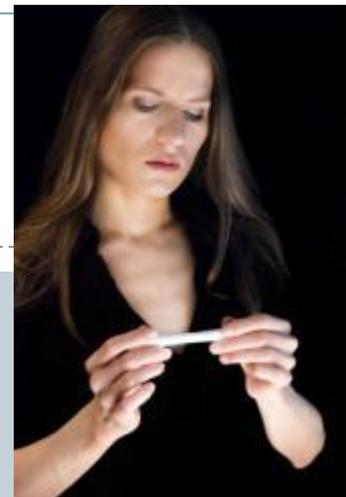
- - болевым симптомом наиболее часто встречающаяся жалоба пациенток. При эндометриозе беспокоят боли в нижних отделах живота и поясничной области различной интенсивности. Болевой синдром резко усиливается во время менструаций (альгодисменорея) и может носить такой нестерпимый характер, что многие женщины принимают обезболивающие препараты во время месячных. Половые сношения и дефекации могут вызывать резкие боли в области малого таза, прямой кишки, промежности и в области наружных половых органов;



- - нарушения менструальной функции - характерно появление мажущих коричневых выделений до и после менструации (за 1-3 дня и в течение 1-7 дней после менструации). Увеличивается количество выделений менструальной крови, менструации удлиняются по продолжительности. Подобная симптоматика может быть обусловлена еще и тем, что к аденомиозу очень часто “плюсуется” миома матки, что еще больше отягощает состояние больных. Иногда беспокоят межменструальные кровянистые выделения, что обуславливается повышением уровня эстрогенов и снижением выработки прогестерона;



- - бесплодие - характерно для “бессимптомного” эндометриоза. В этом случае выявление эндометриоза является находкой. Пациентки годами лечатся от бесплодия до точной постановки диагноза. Нарушение репродуктивной функции, как правило, характерно для генитального эндометриоза маточных труб и яичников. Очень часто подобная форма эндометриоза сочетается со спаечном процессом в малом тазу, что резко снижает вероятность зачатия;
- - другие специфические симптомы, характерные для редких форм эндометриоза: при эндометриозе кишечника- усиленная перистальтика кишечника, при эндометриозе мочевого пузыря- учащенное, болезненное мочеиспускание, при выраженной форме- может быть кровь в моче; при эндометриозе легких- кровохарканье во время менструаций.



Диагностика:



Распознавание эндометриоза при первом осмотре представляет определенные трудности. Поставить точный диагноз гинеколог сможет только после осмотра, анализов и дополнительных инструментальных методов исследования.

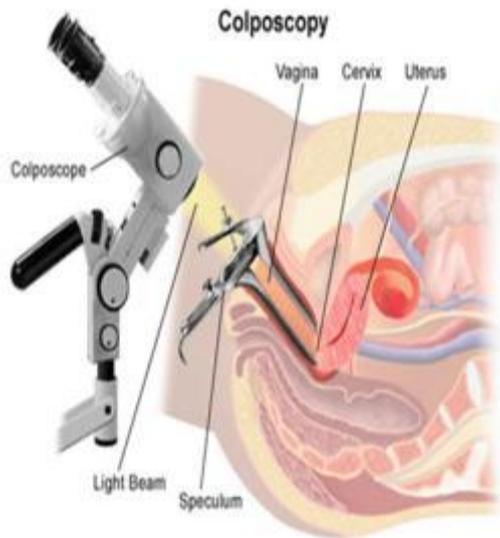
При гинекологическом осмотре до и во время менструации - матка и ее придатки, пораженные эндометриозом, увеличены в размерах.

При эндометриозе яичников - в области придатков матки определяется опухолевидное болезненное малоподвижное образование, которое может быть спаяно с маткой (эндометриоидная киста яичника).

Гинекологический осмотр при эндометриозе вызывает резкие болезненные ощущения, что мешает нормальному осмотру пациентки.

Ретроцервикальный эндометриоз и эндометриоз влагалища можно распознать во время осмотра при помощи кольпоскопии. Очаги эндометриоза выглядят как точечные зоны синеватого цвета.

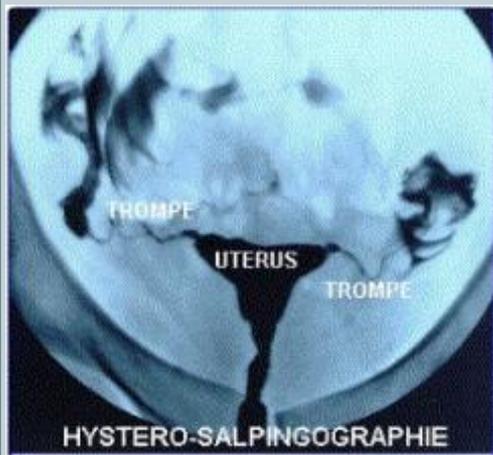
Однако это довольно редкие формы генитального эндометриоза, поэтому, если говорить в общем, то кольпоскопия не относится к основным методам диагностики при эндометриозе.





- УЗИ органов малого таза с влагалищным датчиком. Метод имеет лидирующее место в диагностике аденомиоза. На УЗИ можно также выявить эндометриоз яичников, особенно хорошо видны эндометриоидные кисты яичника-доброкачественные неопухолевидные образования;

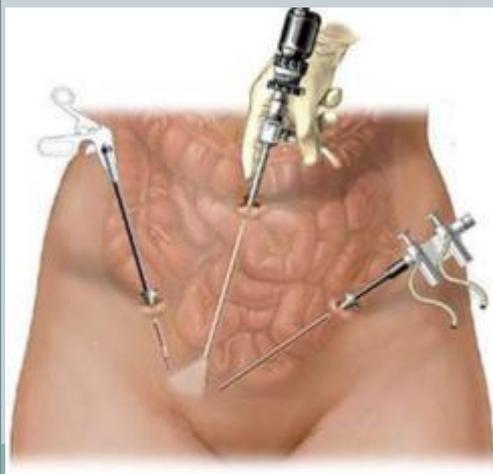
- Гистеросальпингография – метод с использованием контрастного вещества, позволяющий оценить степень распространения аденомиоза и проходимость маточных труб(особенно это важно при наличии бесплодия);



- Гистероскопия - информативный метод для определения диффузной формы аденомиоза. Позволяет увидеть поверхность матки, устья маточных труб и эндометриоидные ходы, которые выглядят как темно-красные точки на фоне бледно-розовой слизистой;

- Лапароскопия - высокоинформативный микрохирургический метод диагностики, которые позволяет диагностировать любую форму эндометриоза и одновременно провести соответствующее лечение;

● Объем диагностических исследований определяет гинеколог. Он может варьироваться в зависимости от ситуации: иногда для постановки диагноза достаточно осмотра на кресле и УЗИ органов малого таза, в других случаях только лапароскопия помогает поставить окончательный точный диагноз.



Лечение:

Лечение эндометриоза может быть консервативным, оперативным и комбинированным (и то и другое).

- **Консервативное лечение эндометриоза.**

В основе консервативного лечения эндометриоза лежит длительная гормональная терапия.

Препараты, применяемые для лечения эндометриоза следующие:

- - КОК- однофазные комбинированные оральные контрацептивы (Жанин, Логест, Диане-35, Регулон), назначают 6-9 месяцев в непрерывном режиме





- - пролонгированные МПА (Депо-Провера), препарат вводят внутримышечно 1 раз в 2-3 месяца, общий курс лечения 6-9 месяцев;
- - производные андрогенов: (Даназол, Гестринон), на 3-6 месяцев
- - аГнРГ – агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (Золадекс, Бусерелин) курсом до 6 месяцев.

В качестве вспомогательной симптоматической терапии используют противовоспалительные препараты (аспирин, ибупрофен), спазмолитики (но-шпа), ферментные препараты (лидаза, химотрипсин), седативные средства (настойки пустырника и валерианы), витаминотерапия (ретинол, витамины группы В, аскорбиновая кислота).

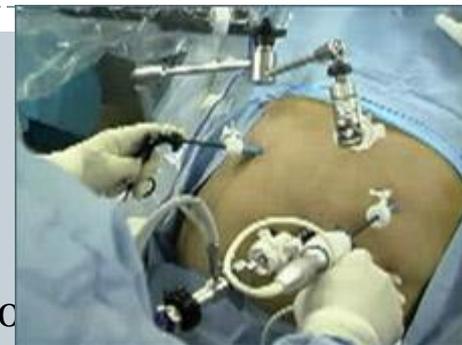


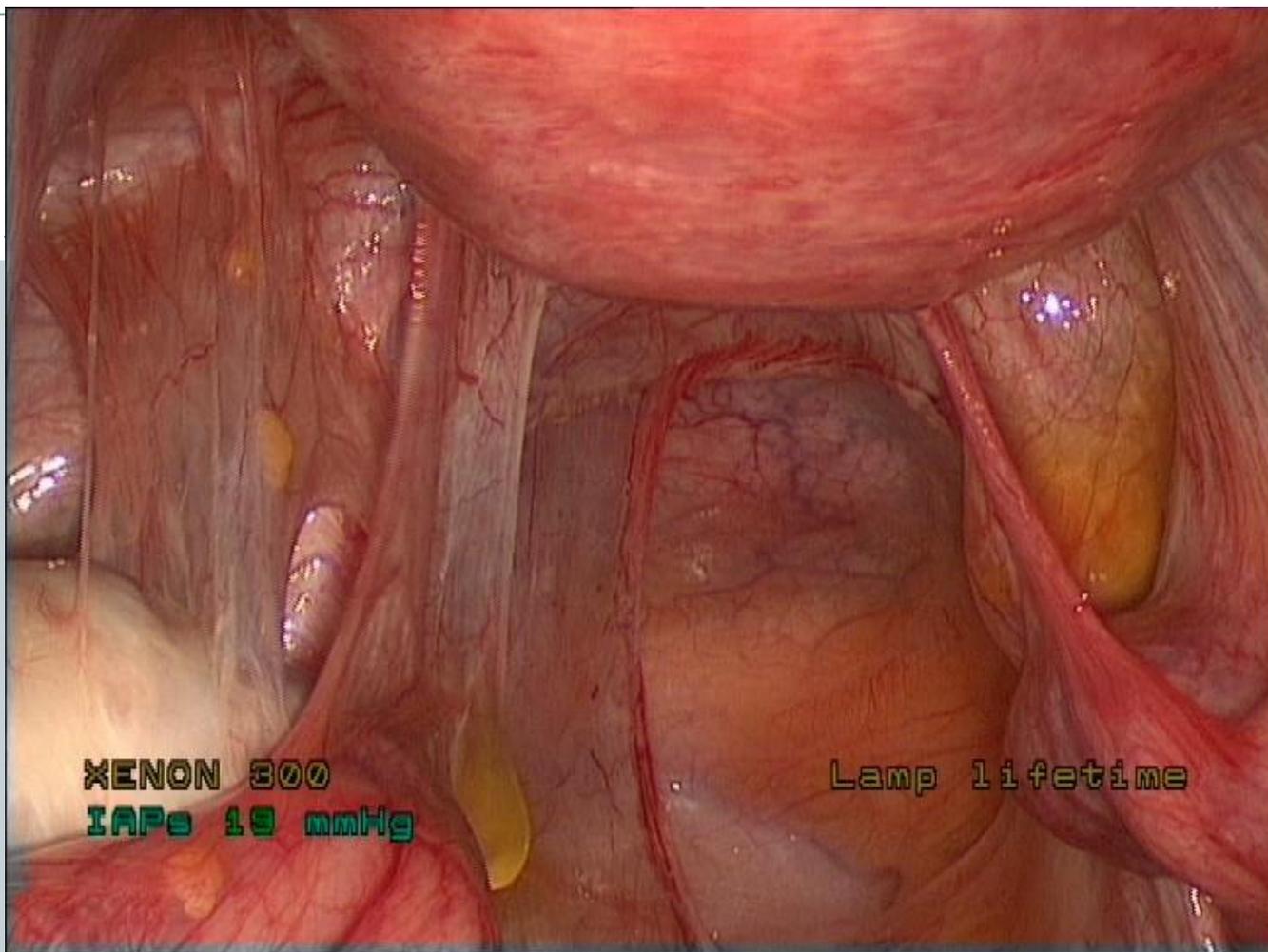
- **Хирургическое лечение эндометриоза.**

- Современная гормональная терапия имеет очень высокую эффективность в борьбе с эндометриозом. Однако при некоторых случаях и определенных формах эндометриоза показано строго оперативное лечение:

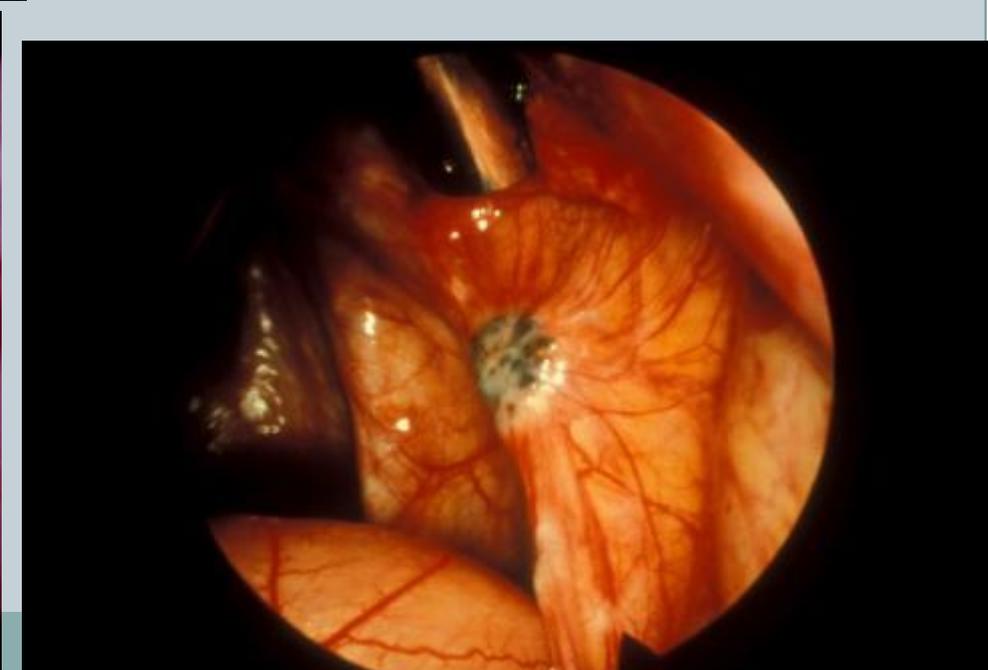
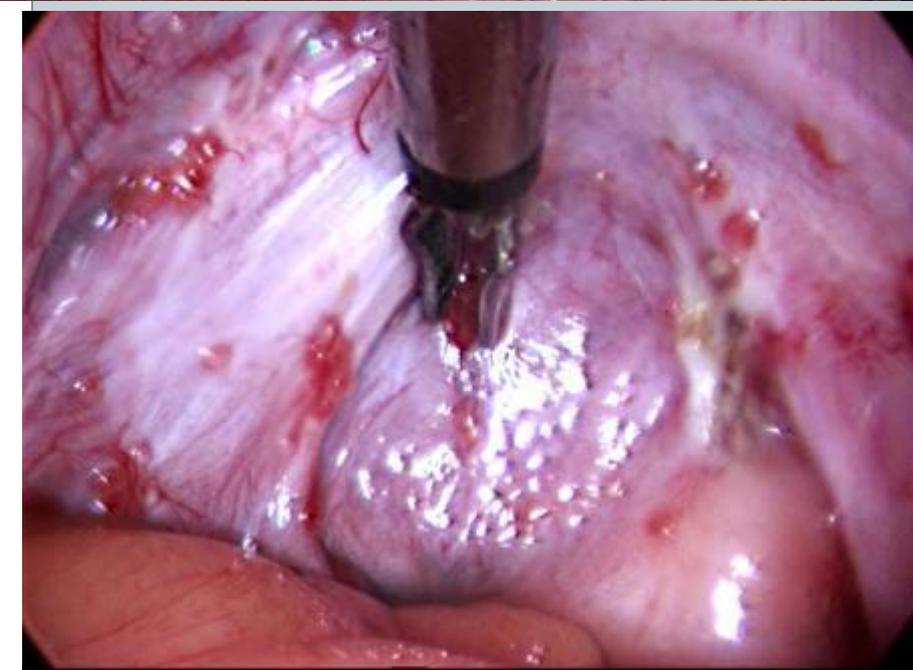
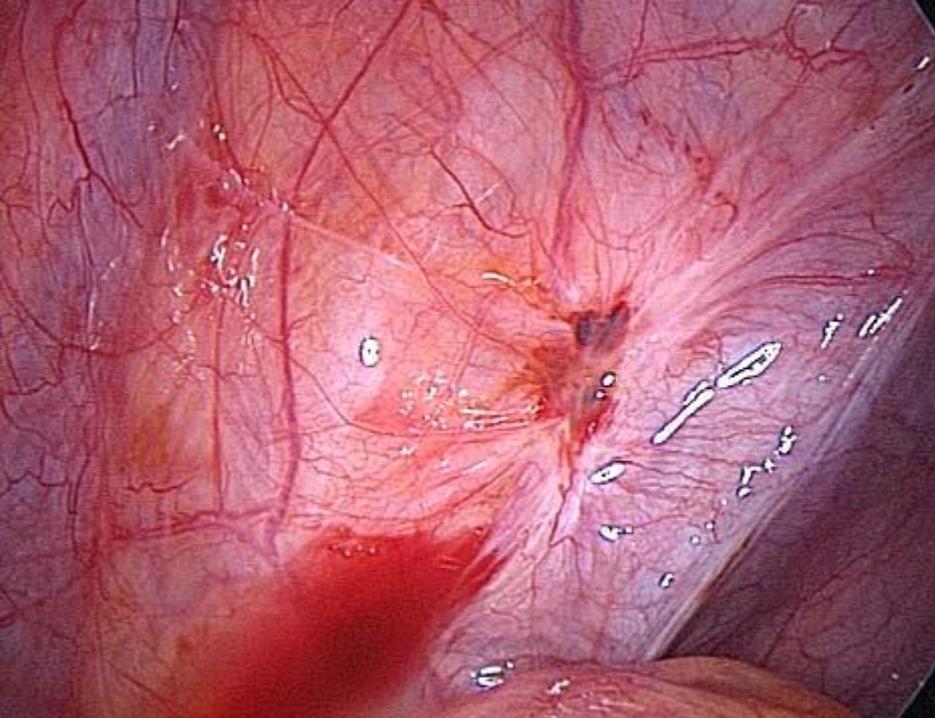
- - при ретроцервикальном эндометриозе;
- - при наличии эндометриоидной кисты яичника и осложнениях, приводящих к пельвиоперитониту;
- - при неэффективности консервативной терапии;
- - при сочетании аденомиоза, миомы и маточных кровотечений;
- - при онкологической настороженности - вероятной опухоли яичников;
- - при нарушении функции соседних органов.

- Под хирургическим лечением чаще всего подразумевает лапароскопию (микрохирургическое вмешательство), реже - при тяжелых случаях проводят лапаротомию (рассечение брюшной стенки). Лапароскопию проводят с помощью электрокоагуляции или лазера - прижигают или удаляют очаги эндометриоза. Как правило, хирургическое лечение всегда сочетают с консервативным, то есть комбинированное лечение принято считать “золотым стандартом”. Назначают гормоны из группы агНРГ в течение 3-6 месяцев, потом проводят лапароскопию. Или возможен другой вариант при распространенной форме эндометриоза сначала проводят хирургическое лечение, потом консервативное.

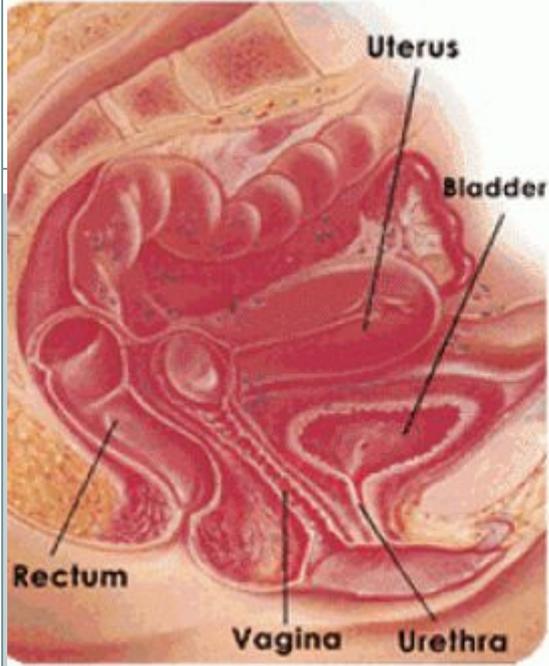




Массивный спаечный процесс при эндометриозе. Хорошо видны множественные свисающие спайки в виде "колонн" и висящих тяжей между задней стенком матки (наверху) и органами брюшной полости (внизу).

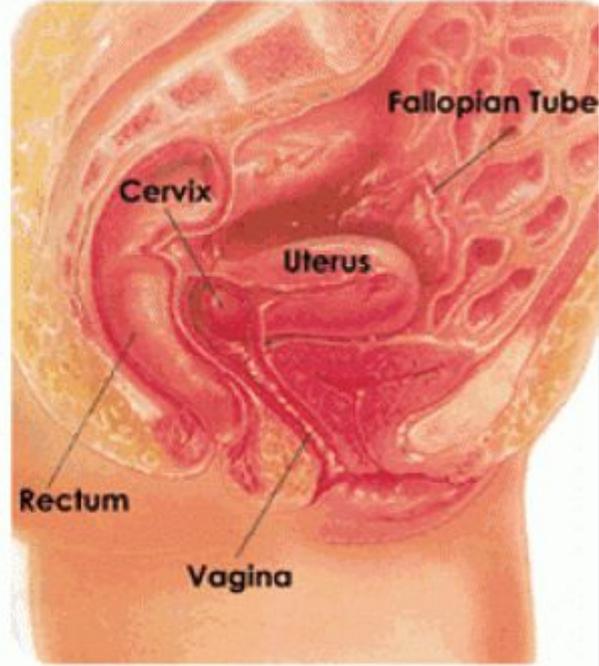


ENDOMETRIOSIS



Side view

NORMAL UTERUS



Side view

