

Виды и техника типичных гинекологических операций

Выполнила:

студентка 158в группы

Сорокина Лея Евгеньевна

Предоперационная подготовка к полостным и влагалищным операциям

Перед плановыми операциями подготовка осуществляется в амбулаторных и стационарных условиях.

В амбулаторных условиях перед операцией проводятся все необходимые исследования, как общепринятые при всех оперативных вмешательствах, так и специальные с учетом их особенностей в каждом конкретном случае.

- клинический анализ крови, определение группы крови, резус-принадлежности, реакции Вассермана, коагулограмма;
- биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, мочевины, холестерин, общий белок и его фракции, электролиты, железо в сыворотке);
- обследование на СПИД;
- общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов;
- исследование мазков на степень чистоты и флоры из влагалища, цервикального канала, уретры;
- исследование мазков на атипичные клетки из цервикального канала, влагалища, поверхности шейки матки, аспирата из полости матки;
- кольпоскопия, УЗИ органов малого таза;
- консультация терапевта, стоматолога и др. специалистов по показаниям;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ.

В зависимости от планируемого объема операции и локализации патологического процесса выполняются еще дополнительные специальные исследования:

- при патологических изменениях на шейке — расширенная кольпоскопия и прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием;
- при операциях на матке по поводу миомы — гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия;
- при оперативном лечении бесплодия — тесты функциональной диагностики, содержание гормонов (гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников) в крови, исследование по оценке проходимости труб; обследование мужа — спермограмма, консультация уролога, андролога;
- при опухолях яичников — рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта, гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия, пункция брюшной полости через задний свод, цитологическое исследование пунктата;
- при операциях по поводу аномалий развития половых органов — полное обследование мочевыводящей системы (консультация уролога, экскреторная урография, УЗИ).

В предоперационный период проводится психопрофилактическая подготовка больной к операции, физическая с использованием природных и преформированных факторов, а в ряде случаев и медикаментозная (седативные, снотворные и другие средства). Перед пластическими операциями на влагалище пожилым женщинам назначают препараты эстриола в течение 10—15 дней.

Предоперационная плановая подготовка более интенсивно продолжается в условиях стационара в течение от 1 до 2—3 суток и более. Принимается окончательное решение о планируемом объеме операции и необходимости проведения дополнительных исследований и подготовки к операции.

Консультация анестезиолога - в день поступления больной. Выбирается метод обезболивания.

Все вопросы об объеме операции и обезболивании согласовываются с больной, которая свое согласие подтверждает в письменном виде. Обсуждаются пути подхода к патологическому очагу, возможные осложнения в процессе выполнения операции.

При удалении опухолей - планируется проведение срочного гистологического исследования.

Ряд исследований, проведенных амбулаторно, в стационаре повторяется (биохимический анализ крови, коагулограмма и др.).

Перед операцией всем больным проводится санитарная обработка (гигиенический душ, удаление волос с лобка). Подготовка кишечника. Вечером перед операцией принимается легкий ужин, очищается кишечник. С целью хорошего ночного сна вечером применяются седативные средства, снотворные препараты.



Предоперационная подготовка больных при экстренных операциях проводится в течение короткого времени — от нескольких минут (внутрибрюшное кровотечение) до 2—3 часов (перитонит, септический шок и т.д.).

В таких случаях необходимо выполнить лишь крайне необходимые исследования (анализы крови клинический и биохимический, коагулограмма, анализы на группу крови, резус-фактор, СПИД, УЗИ органов малого таза, ЭКГ) и лечебные мероприятия по коррекции нарушений гомеостаза (водно-электролитного обмена, восстановления ОЦК, улучшения реологических свойств крови, применение кардиологических средств и т.д.). В особо экстренных состояниях забор материалов для исследования осуществляется одновременно с проводимым оперативным вмешательством.

Также во время операции выполняются и интенсивные мероприятия по коррекции нарушений гомеостаза.



Классификация гинекологических операций

Различают малые и большие гинекологические операции в зависимости от объема хирургического вмешательства.

- Под «малыми» операциями подразумевают вмешательства, как правило, не требующие длительности их проведения и нахождения в стационаре.
- Длительность «больших операций» составляет несколько часов, часть операций нужно проводить под общим наркозом, а восстановительный период проходить в стационарном отделении.

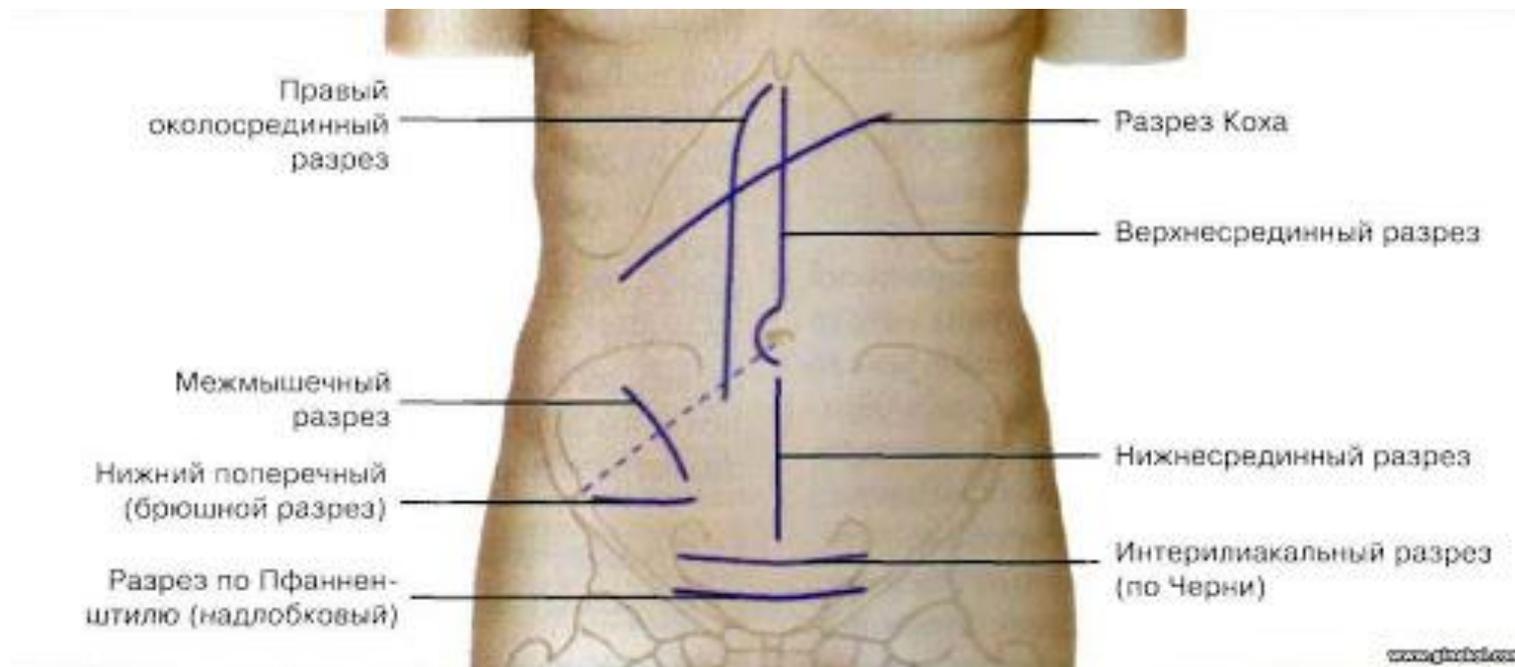


Техника гинекологических операций. Операционные доступы

Оперативные вмешательства на внутренних половых органах можно выполнять как лапаротомическим, так лапароскопическим доступом.

Перед операцией операционное поле обрабатывается растворами антисептиков. Операционное поле ограничивают простынями, оставляя свободным место разреза.

При лапаротомическом доступе для оперативного вмешательства на органах малого таза необходимо вскрыть переднюю брюшную стенку. Наиболее приемлемы в гинекологии срединные чревосечения и поперечный разрез по Пфанненштилю.

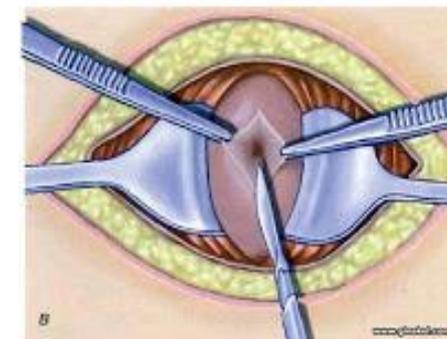
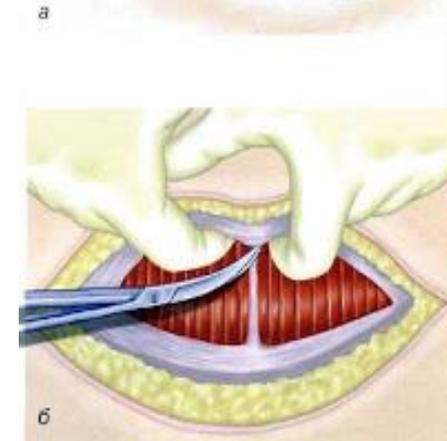
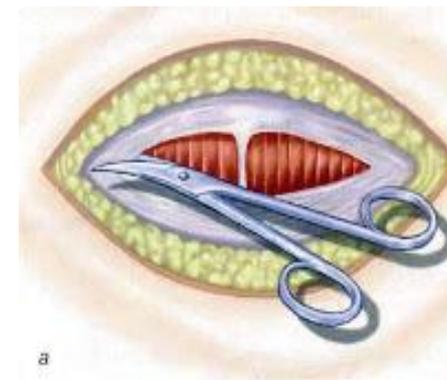


При срединном разрезе переднюю брюшную стенку вскрывают послойно от лона (верхнего края) до пупка.

При разрезе по Пфанненштилю кожу, п/кожно-жировую клетчатку рассекают поперечным разрезом параллельно лону и выше него на 3-4 см. Длина разреза, как правило, 10-12 см. Апоневроз вскрывают в виде подковы, верхние края разрезов с обеих сторон должны находиться на уровне пупка. Межмышечную фасцию при любом разрезе вскрывают острым путём. При вскрытии брюшины важно поднять её мягкими пинцетами и осторожно рассечь, чтобы не повредить петли кишечника и мочевого пузыря под лонем. Брюшину фиксируют зажимами к салфеткам, которые укладывают вдоль разреза с обеих сторон. Переднюю брюшную стенку можно рассекать как скальпелем, так и электроножом с коагуляцией или лигированием сосудов шовным материалом.

После рассечения передней брюшной стенки необходимо визуально и пальпаторно рукой, введённой в брюшную полость, произвести ревизию органов брюшной полости. Затем вводят расширитель и петли кишечника осторожно отодвигают салфеткой в верхние отделы брюшной полости, обеспечив обзор и доступность органов малого таза.

При удалении органа или части органа прежде всего пережимают сосуды, а затем их пересекают с последующим лигированием. Рассекать ткани можно ножницами. Для наложения швов на связочный аппарат, сосуды, культы шейки матки и стенки влагалища используют шёлк, кетгут, викрил.



«Малые» гинекологические операции

К малым гинекологическим операциям относятся:

- 1) прерывание беременности или удаление остатков плодного яйца;
- 2) диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки;
- 3) удаление полипов цервикального канала и шейки матки;
- 4) биопсия шейки матки.

«Большие» гинекологические операции

Операции делятся на несколько видов в зависимости от оперативного доступа:

- лапароскопические (вхождение в брюшную полость через 3 небольших разреза в области пупка и подвздошных областях),
- лапаротомические (вхождение в брюшную полость при помощи поперечного или продольного разреза)
- влагалищные (операции проводятся через влагалище и не требуют разреза в области передней брюшной стенки).

Гистероскопия

Гистероскопия (ГС) — визуальное исследование полости матки с помощью оптической системы.

- **Диагностическая ГС** — осмотр полости матки.
- **Хирургическая ГС** — эндоскопическое внутриматочное оперативное вмешательство с нарушением целостности тканей.
- **Контрольная ГС** проводится в целях контроля за эффективностью лечения.

Показания к ГС.

Абсолютные:

миома матки, внутренний эндометриоз (аденомиоз), нарушение ритма менструаций, менометроррагия и метроррагия, дисменорея, контактные кровотечения, гиперплазия эндометрия, 7 полипы эндометрия, подозрение на внутриматочные синехии, уточнение характера порока развития матки, уточнение места расположения внутриматочного контрацептива, подозрение на перфорацию стенок матки, наличие инородного тела, остатки костной ткани плода, пузырно-маточный свищ и на рак шейки матки и эндометрия, бесплодие.

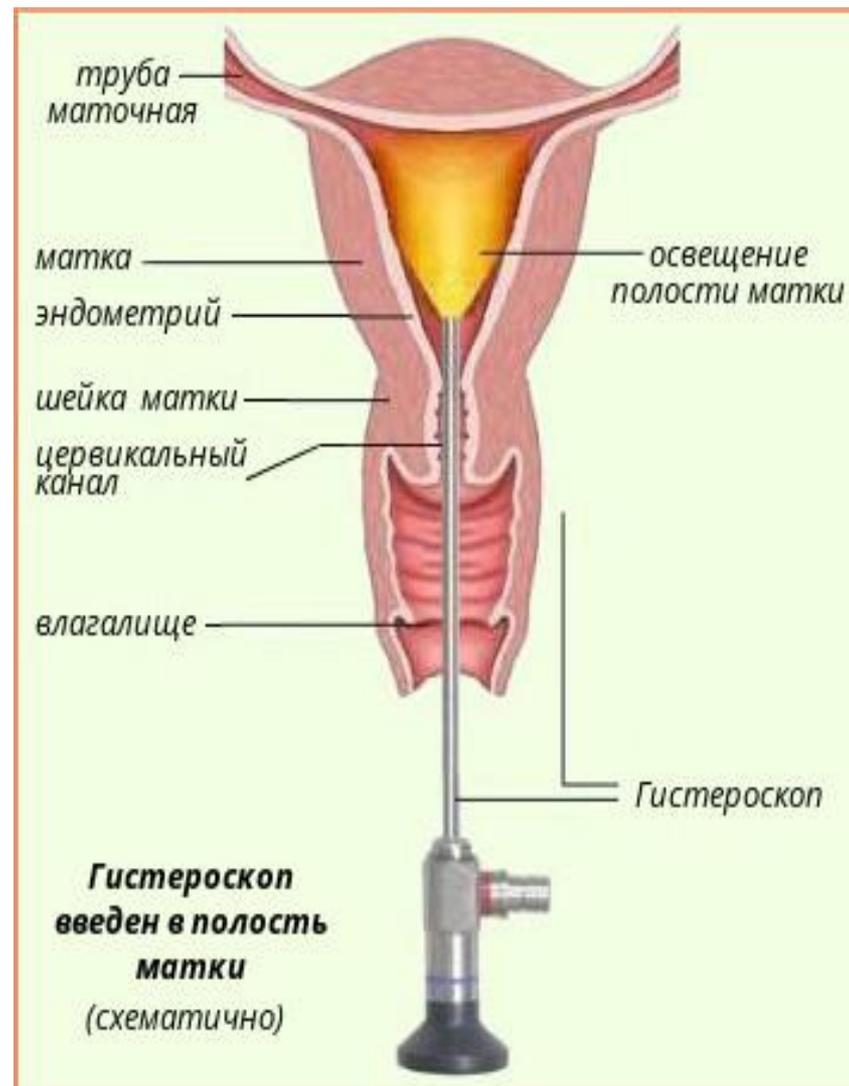
Относительные: контрольное исследование полости матки после гормонального лечения, после операции на матке и пузырного заноса; контрольное исследование полости матки при первичном невынашивании.

Противопоказания ГС: острый или подострый воспалительный процесс половых органов, обильное маточное кровотечение, беременность, стеноз шейки матки, распространенный рак шейки матки.

Техника выполнения.

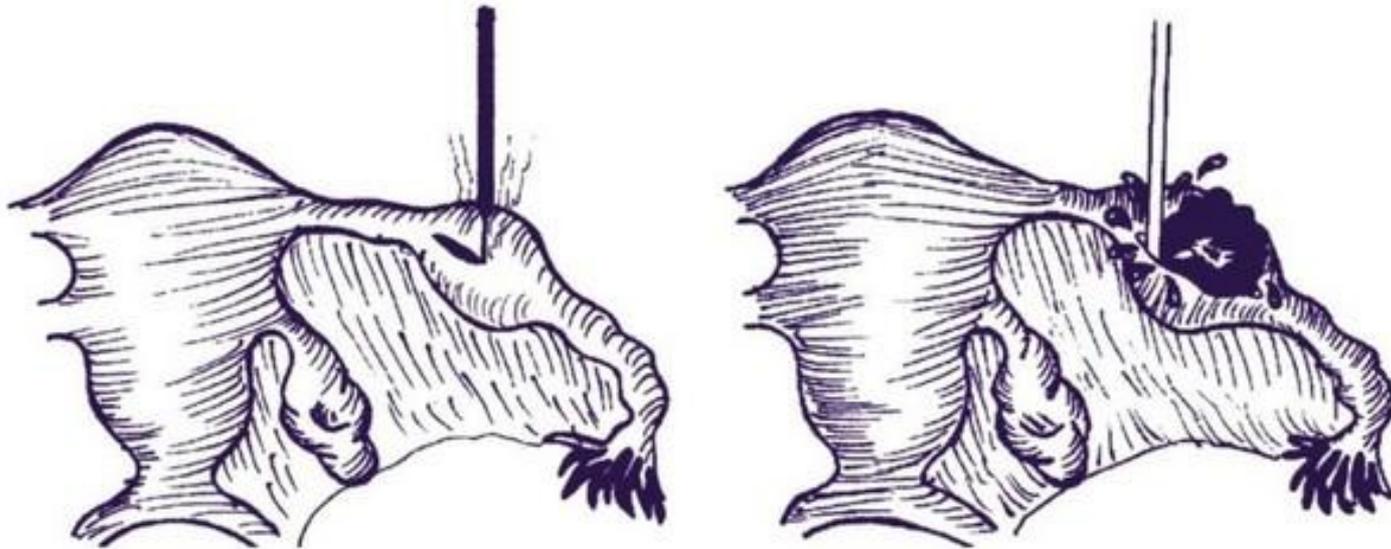
Для выполнения гистероскопии пациентку укладывают на операционном столе в положение для влагалищных операций. После обработки операционного поля, фиксации и низведения шейки матки в полость матки вводят, в зависимости от показаний, либо диагностический гистероскоп (без расширения цервикального канала), либо гистерорезектоскоп, предназначенный для выполнения операций (после расширения цервикального канала дилататорами Гегара до № 9). В определенной последовательности осматривают стенки цервикального канала, стенки и полость матки.

При гистероскопии может быть выполнена прицельная биопсия эндометрия, полипэктомия, миомэктомия, удаление ВМС и других инородных тел, рассечение синехий и внутриматочных перегородок.

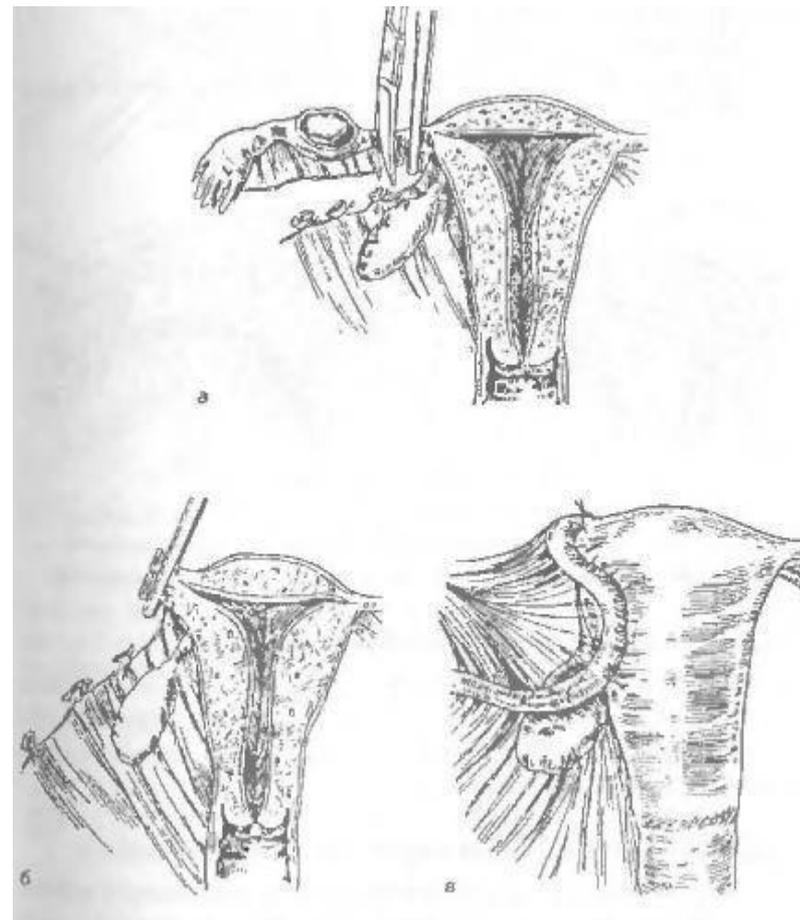


Операции на маточных трубах

Туботомия. Выполняется при ампулярной трубной беременности в случае возможности сохранения маточной трубы (прогрессирующая или прерывающаяся по типу трубного аборта внематочная беременность). Ампулярный отдел маточной трубы фиксируют атравматическим зажимом дистальнее плодного яйца. Маточную трубу вытягивают и в поперечном направлении вскрывают ее просвет над плодным яйцом. Плодное яйцо удаляют, плодвместилище промывают физиологическим раствором натрия хлорида. Целость маточной трубы восстанавливают тонким рассасывающимся шовным материалом на атравматичной игле отдельными швами.



Тубэктомия. После вскрытия брюшной полости удаляют жидкую кровь и сгустки, обнаруживают источник кровотечения. Отграничивают сальник и петли кишечника, матку с измененной маточной трубой фиксируют и выводят в рану. При наличии спаечного процесса спайки между трубой и петлями кишечника, яичником, маткой острым путем осторожно разъединяют и расправляют трубу с брыжейкой. На маточный конец трубы и ее брыжейку последовательно накладывают несколько зажимов Кохера или Микулича от ампулярного отдела до угла матки, после чего трубу отсекают над зажимами. Участки брыжейки под зажимами и угол матки прошивают и лигируют рассасывающимся шовным материалом. Перитонизация мезосальпинкса и угла матки осуществляется за счет круглой связки, которую подшивают к задней поверхности матки и заднему листку широкой маточной связки. После санации брюшной полости операционную рану послойно зашивают.



Операции на яичниках

Резекция яичника. После вскрытия брюшной полости, отграничения сальника и петель кишечника измененный яичник выводят в рану, удерживая его или рукой, или марлевой полоской, расположенной вокруг ворот яичника. При затруднении выведения опухоли яичника в рану можно использовать два тупфера на корнцанге и, подведя их под опухоль, осторожно вывести ее из брюшной полости. Образование больших размеров можно уменьшить, пунктируя его толстой иглой или троакаром. Предварительно вокруг предполагаемого места наложения троакара накладывается кисетный шов, который затягивается после аспирации содержимого опухоли и удаления троакара. По краю здоровой ткани яичника скальпелем делают разрез (полулунный или циркулярный) таким образом, чтобы не ранить капсулу опухоли. Края разреза берут на зажимы. Острым и тупым путем вылушивают опухоль или клиновидно иссекают патологически измененный (новообразование, эндометриоз, разрыв) участок яичника. Опухоль яичника после удаления необходимо вскрыть, осмотреть ее содержимое и внутреннюю поверхность капсулы, так как в некоторых случаях на внутренней поверхности капсулы гладкостенных подвижных опухолей имеются сосочковые разрастания. Целость яичника восстанавливают отдельными швами или непрерывным «скорняжным» швом тонким рассасывающимся шовным материалом на атравматичной игле. При наложении швов края раны хорошо сопоставляют.

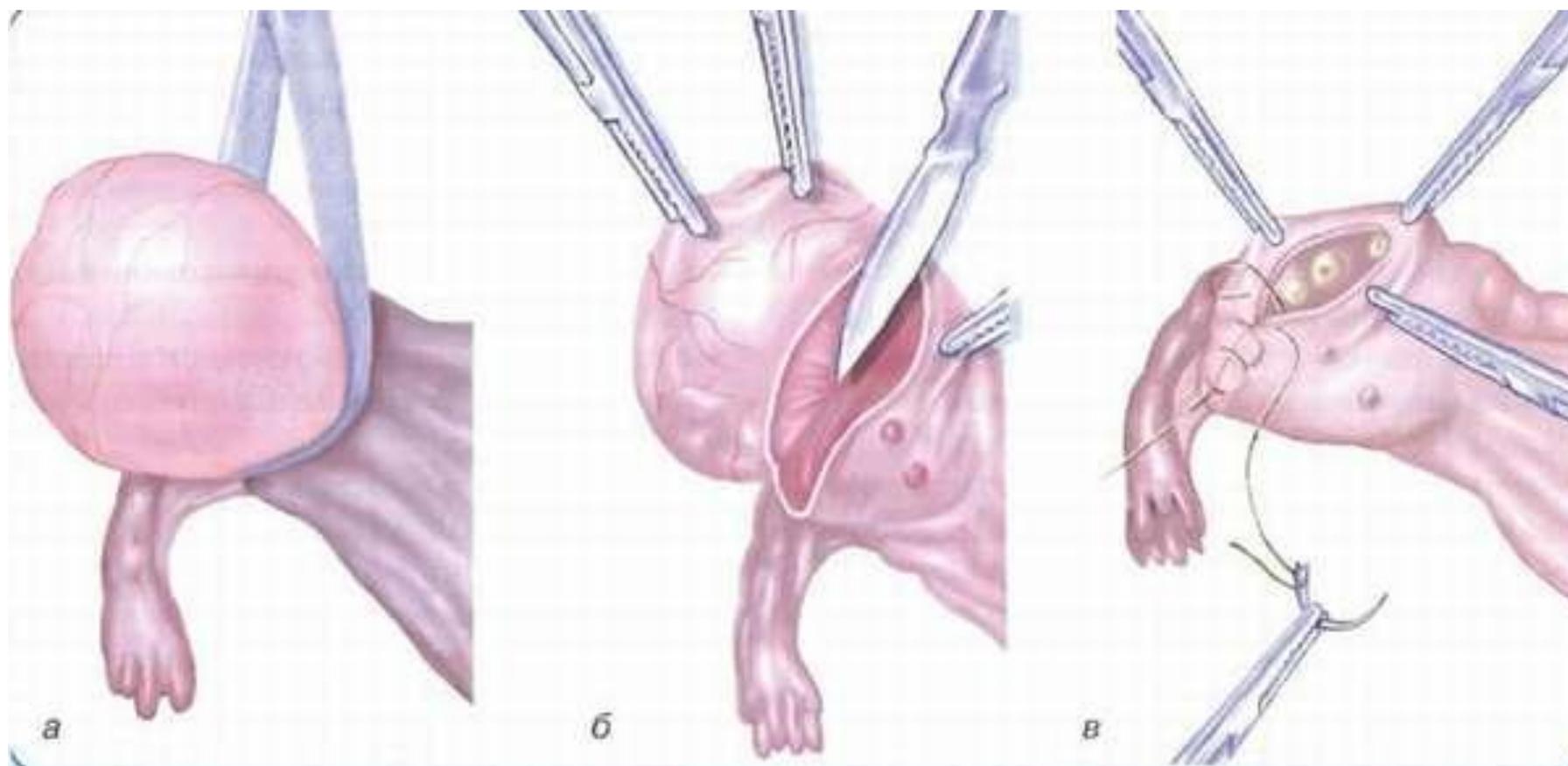
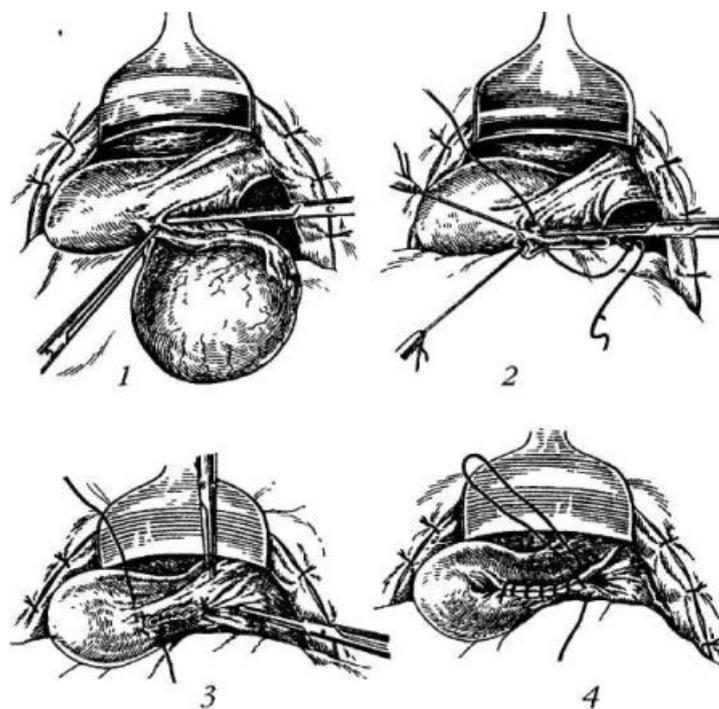


Рис. 21.18. Консервативная овариэктомия:

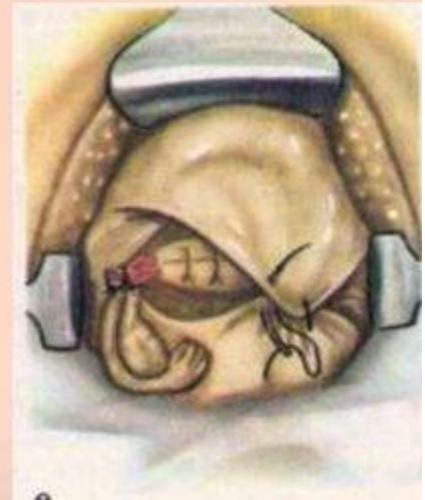
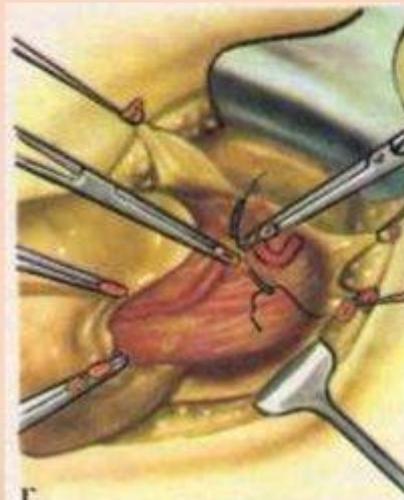
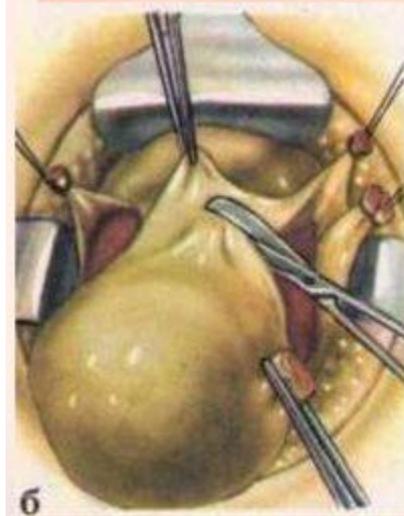
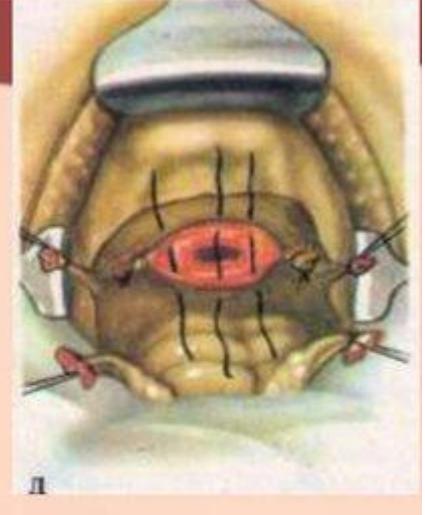
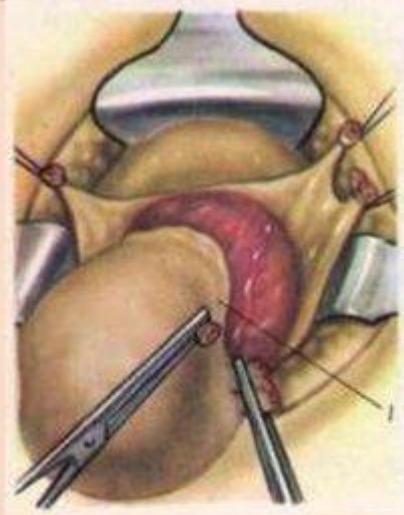
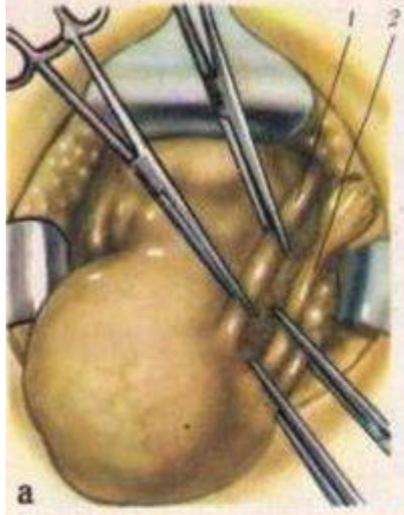
а — «ножка яичника» окружена марлевой петлей; *б* — иссечение измененной части яичника; *в* — ушивание резецированного яичника

Удаление придатков матки (аднексэктомия). После выведения патологически изменённых придатков матки в рану накладывают зажимы на воронко-тазовую связку. Перед наложением зажимов маточная труба и яичник приподнимаются так, чтобы связка была натянута и хорошо видна на просвет. Использование этого технического приема в значительной степени позволяет уменьшить риск интраоперационного ранения мочеточника, который на этом уровне тесно связан с задним листком широкой маточной связки. Затем по направлению к углу матки захватывают верхний отдел широкой связки вместе с маточной трубой и собственной связкой яичника. Связки пересекают, прошивают и лигируют. Перитонизацию выполняют с помощью круглой и широкой связок матки. При перекруте ножки опухоли яичника зажимы накладывают ниже места перекрута. Раскручивать ножку опухоли до наложения лигатуры не рекомендуется. Придатки матки отсекают над зажимами, культю прошивают и лигируют.

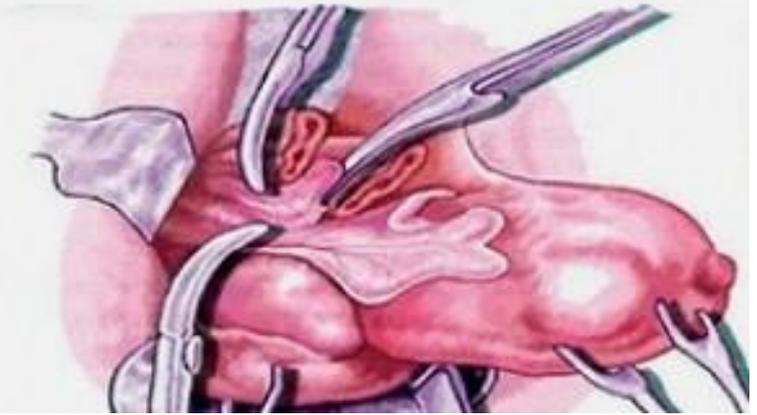
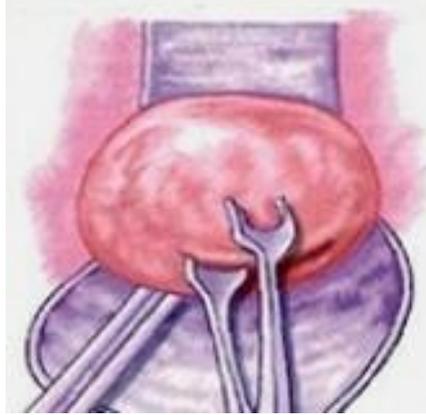
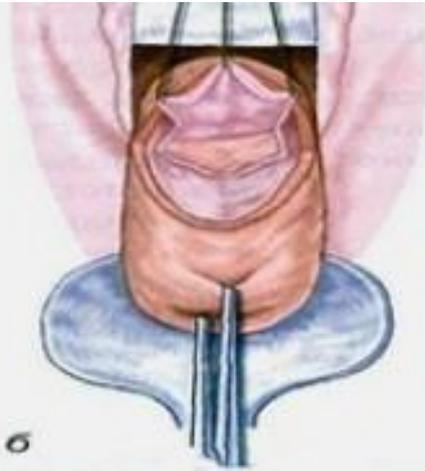
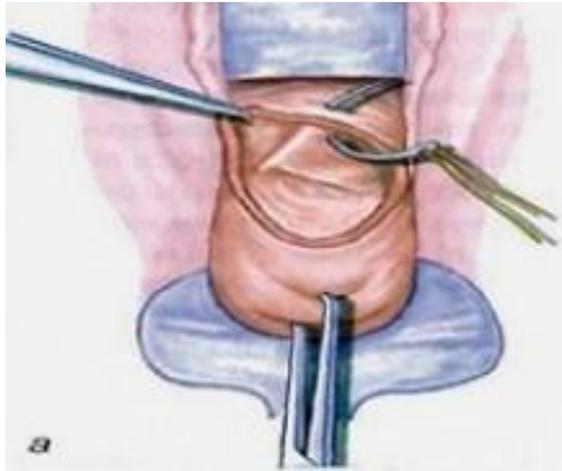


Операции на матке

Надвлагалищная ампутация матки (субтотальная гистерэктомия). После вскрытия брюшной полости, ее ревизии и отграничения матку фиксируют щипцами Мюзо, штопором или зажимами и максимально выводят в рану. Накладывают с обеих сторон зажимы на круглые связки матки, собственные связки яичников и маточные трубы, отступя на 2—3 см от матки с наложением контрклемм. Затем указанные образования пересекают между зажимами и лигируют (при этом дистальную культю придатков матки целесообразно лигировать дважды). Брюшину пузырно-маточной складки вскрывают ножницами в поперечном направлении от одной круглой связки до другой, после чего ее вместе с частью мочевого пузыря тупым и острым путем отсепаровывают от матки и низводят по направлению к шейке матки несколько ниже уровня внутреннего зева. После выделения сосудистых пучков их клеммируют на уровне внутреннего зева, пересекают, прошивают и лигируют синтетическим шовным материалом. Тело матки клиновидным разрезом острием книзу отсекают от шейки скальпелем несколько выше уровня дотированных сосудов. После отсечения культю шейки матки обрабатывают спиртовым раствором йода или этиловым спиртом одним прикосновением тампона. На шейку матки накладывают 3—4 отдельных узловатых или 1—2 Z-образных шва рассасывающимся шовным материалом. Перитонизацию выполняют за счет брюшины пузырно-маточной складки и листков широкой связки матки, накладывая линейный или кисетный шов, с погружением культей круглых связок и придатков в шов. После туалета и ревизии брюшной полости послойно зашивают переднюю) брюшную стенку. При необходимости удаления придатков матки зажимы накладывают на воронко-тазовые связки яичников после их предварительного натягивания (с целью профилактики ранения мочеочника).



Экстирпация матки (тотальная гистерэктомия). Первые этапы сводятся к вскрытию брюшной полости, выведению матки в операционную рану, наложению с обеих сторон зажимов на круглые связки матки, собственные связки яичников с маточными трубами, их пересечению, лигированию культей, вскрытию брюшины пузырно-маточной складки. Далее мочевой пузырь острым и тупым путем отсепаровывают от матки и низводят до уровня переднего свода влагалища. Матку приподнимают и оттягивают к одной из стенок таза. Сосудистый пучок противоположной стороны выделяют из параметральной клетчатки, предварительно рассекая задний листок широкой связки матки до уровня внутреннего зева. На сосудистый пучок перпендикулярно маточным сосудам у шейки матки накладывают зажимы. При наложении зажимов концами их немного захватывают ткань матки и затем как бы соскальзывают с нее. Сосудистый пучок пересекают между зажимами и лигируют, концы лигатур срезают. Затем ту же манипуляцию производят с другой стороны. После этого матку оттягивают к лонному сочленению. Брюшину прямокишечно-маточной складки рассекают в поперечном направлении между крестцово-маточными связками и отсепаровывают книзу до границы влагалищной части шейки матки. На каждую крестцово-маточную связку под контролем зрения строго перпендикулярно у места их отхождения от матки (во избежание ранения мочеочника) накладывают зажимы. Крестцовоматочные связки пересекают между зажимами и лигируют. Убедившись в достаточном выделении шейки матки, матку оттягивают вверх, а отсепарованный мочевой пузырь отодвигают зеркалом вниз, обнажая стенку влагалища в области переднего свода. Передний влагалищный свод захватывают зажимом и вскрывают скальпелем либо ножницами. Во влагалище через выполненный разрез вводят марлевую турунду, смоченную раствором антисептика (ее впоследствии удаляют на операционном столе после окончания операции). Затем матку отсекают от влагалищных сводов над предварительно наложенными по границе шейки матки зажимами. Стенки влагалища зашивают обвивными абсорбируемыми швами. При этом рана культи влагалища остается открытой, выполняя роль естественного дренажа.



Выскабливание стенок полости матки при нарушенной маточной беременности . Перед операцией выполняют внутреннее гинекологическое исследование с целью установления клинической формы аборта, а также для исключения возможных противопоказаний к хирургическому вмешательству. После типичной подготовки операционного поля шейку матки фиксируют пулевыми щипцами и низводят к входу во влагалище. Уточняют направление цервикального канала и величину полости матки зондом, после чего в полость матки вводят большую кюретку № 6, осторожно продвигая ее до дна. Встретив препятствие, продвижение кюретки прекращают и приступают к удалению остатков плодного яйца. Удаление частей плодного яйца, находящихся в цервикальном канале, может быть выполнено абортными щипцами (абортцангом). После удаления частей плодного яйца кюретка обычно легко проникает в полость до дна матки. Стенки матки выскабливают в определенной последовательности: вначале переднюю, потом заднюю, затем обе боковые стенки и трубно-маточные углы. Во время выскабливания извлекать кюретку из полости матки не следует. По мере освобождения полости матки от остатков плодного яйца полость уменьшается так, что кюретка в ней не помещается и ее повороты встречают препятствия со стороны стенок матки. Кюретку извлекают и выскабливание продолжают инструментом меньших размеров до тех пор, пока не появится ощущение, характерное для движения кюретки по мышце матки. В последнюю очередь проверяют углы матки. Операция заканчивается обработкой влагалища и шейки матки спиртом.

Операции на шейке матки

Для проведения любой операции шейку матки обнажают в зеркалах, влагалище и шейку матки обрабатывают растворами антисептиков, шейку матки фиксируют пулевыми щипцами и низводят к области входа во влагалище. Длинные зеркала заменяют одним коротким широким, введенным со стороны промежности, что позволяет достаточно свободно низвести шейку матки. С боковых сторон и со стороны лона при необходимости вводят подъемники, которые ассистенты разводят в стороны и таким образом предоставляют оператору возможность работать свободно. После того как шейка матки оказывается доступной, приступают к операции.

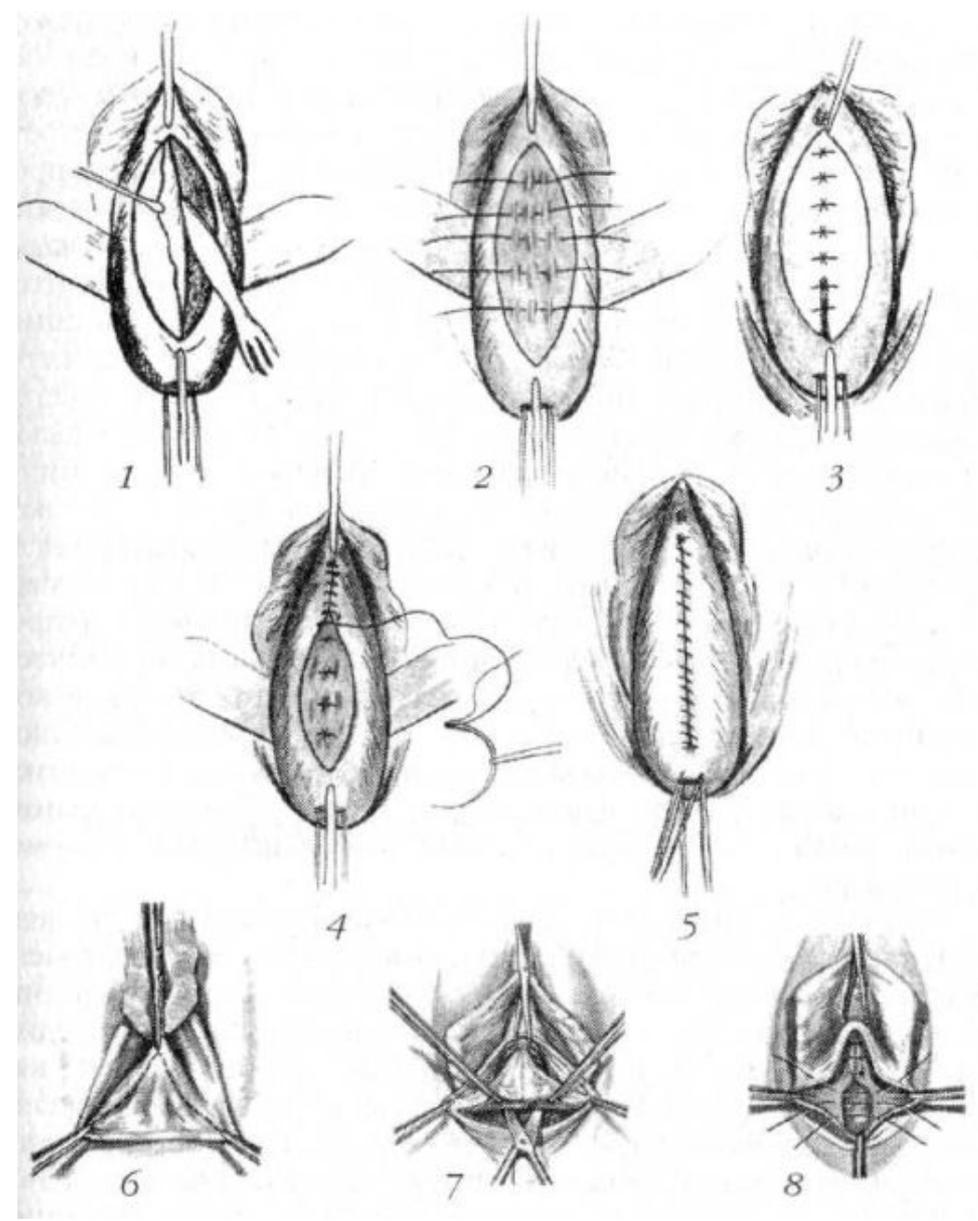
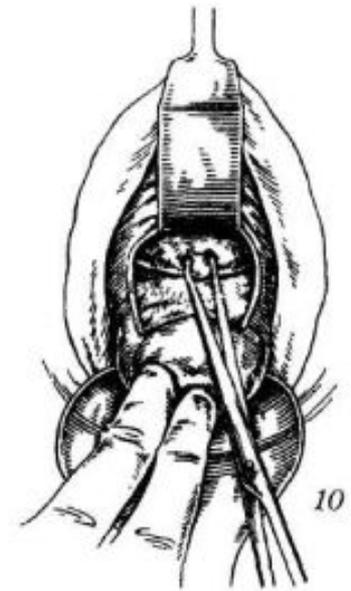
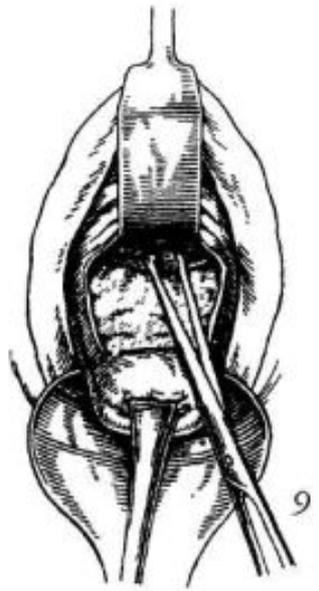
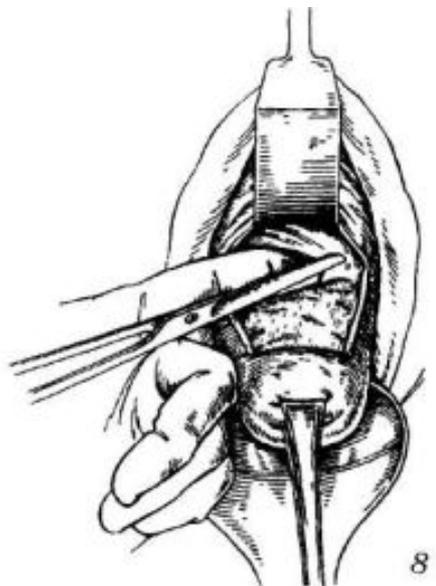
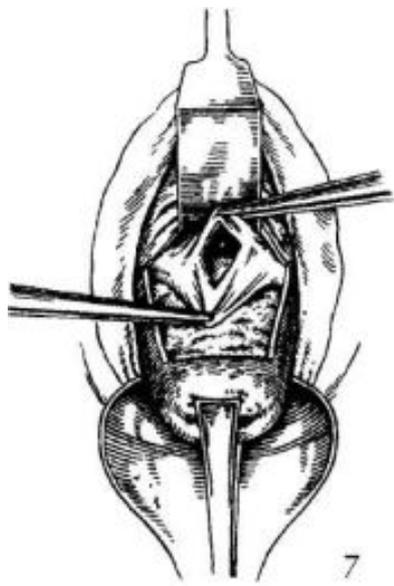
Биопсия шейки матки. После обработки операционного поля, фиксации и низведения шейки выполняют клиновидное (основанием размером не менее 1 см наружу и вершиной в толще ткани) иссечение ткани шейки матки. Рану зашивают абсорбируемым шовным материалом.



Операции на наружных половых органах и влагалище

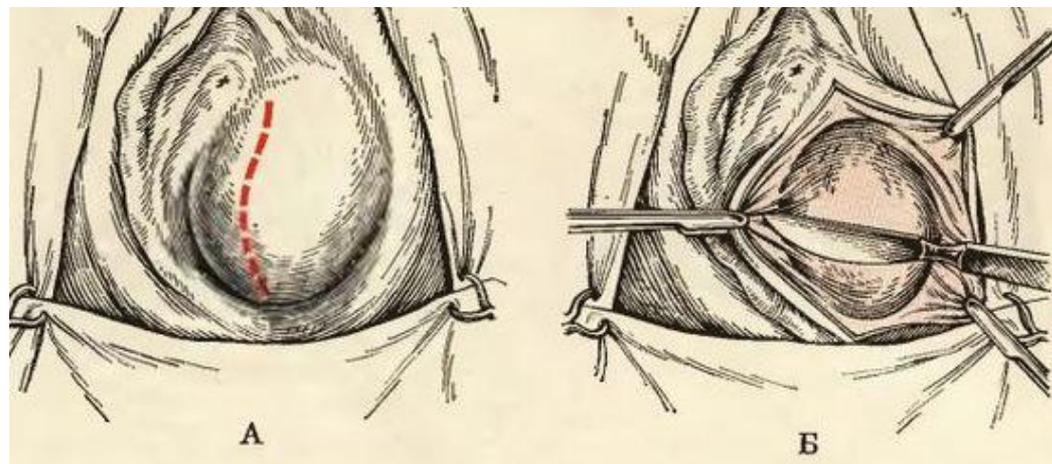
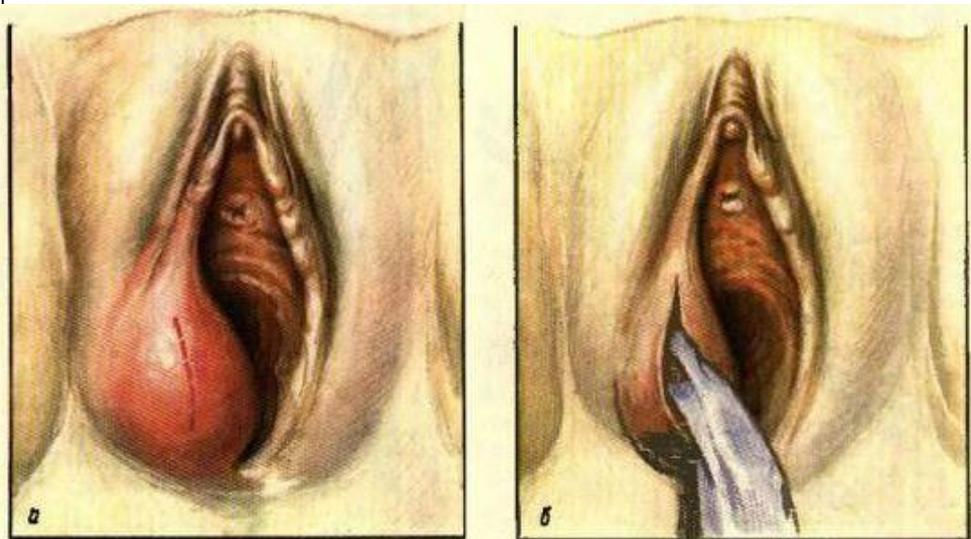
Задняя кольпотомия. Вскрытию заднего влагалищного свода обязательно предшествует диагностическая пункция брюшной полости через задний свод влагалища. По верхнему краю иглы остроконечным скальпелем в поперечном направлении делают прокол заднего свода, который затем расширяют раскрытыми браншами корнцанга для свободного оттока гноя и последующего введения дренажной трубки в полость абсцесса прямокишечно-маточного пространства.

Передняя кольпоррафия. При проведении пластики передней стенки влагалища шейку матки обнажают в зеркалах, захватывают пулевыми щипцами и низводят до половой щели. Из передней стенки влагалища выкраивают овальный лоскут, верхний край которого находится на 1 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, а нижний край — около места перехода шейки матки на влагалищный свод. Если хирург попадает в слой, то, натягивая верхний край лоскута зажимами Кохера, слизистую оболочку влагалища легко отделить от подлежащих тканей. Затем на стенку влагалища накладывают узловатые кетгутовые швы с захватом фасции мочевого пузыря. При одновременном опущении передней стенки влагалища и мочевого пузыря операция имеет свои особенности. Слизистую оболочку влагалища вскрывают линейным разрезом, отступя 1 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала, до перехода стенки влагалища на шейку матки. Затем ее отсепааровывают в стороны, обнажая при этом фасцию мочевого пузыря. Мочевой пузырь острым и тупым путем отсепааровывают от шейки матки. При необходимости в уретру вводят катетер и зашивают ткани в области сфинктера уретры. Затем фасцию мочевого пузыря зашивают рассасывающимся шовным материалом таким образом, чтобы одна часть ее заходила на другую. Свободные лоскуты стенки влагалища срезают, на края раны накладывают отдельные абсорбируемые швы.



Вскрытие абсцесса большой железы преддверия влагалища. Лечение острого воспаления бартолиновой железы, осложнившегося формированием абсцесса, — оперативное. В условиях кратковременной общей анестезии или под местной инфильтрационной анестезией выполняют широкое вскрытие гнойного очага продольным разрезом параллельно малой половой губе, лучше кнаружи от нее. После опорожнения абсцесса полость его saniруют и дренируют марлевой турундой с гипертоническим раствором натрия хлорида, которую через сутки заменяют силиконовой трубкой. Послеоперационный период ведут с применением антисептиков и антибактериальных препаратов.

Удаление кисты большой железы преддверия влагалища. Для выполнения операции целесообразно применять полуовальный разрез кожи длиной 2—3 см латеральнее малой половой губы и параллельно ей (над кистой). Затем тупым и острым путем кисту вылуцивают и удаляют вместе с железой и ее выводным протоком. Ложе кисты постепенно зашивают погружными абсорбируемыми швами, достигая тщательного гемостаза. Края кожной раны соединяют отдельными швами. Область шва обрабатывается антисептиком. Если железу удаляют по поводу рецидивирующих абсцессов или незаживающего свища, то рану наглухо не зашивают, а в нижний угол её вводят дренажную трубку, которую удаляют через несколько дней.



Послеоперационный период

Интенсивное наблюдение за послеоперационной больной предусматривает постоянное наблюдение за общим состоянием и самочувствием, цветом кожных покровов, функциональным состоянием органов и систем.

Постоянную информацию обеспечивают мониторные системы, регистрирующие ЧСС, артериальное и центральное венозное давление, ЭКГ, сердечный выброс, частоту дыхания, насыщение крови кислородом, потребление кислорода тканями и др. Периодическая информация включает функциональные (ОЦК и его компоненты, сердечный выброс, вентиляционно-перфузионные отношения в легких, диурез и др.), лабораторные и биохимические (КОС, константы крови, показатели билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, осмоляльности, свертывающей системы крови и др.) данные. Совершенно нет необходимости в таком интенсивном слежении и обследовании всех послеоперационных больных. Должный объем таких исследований определяется в каждом конкретном случае (больные I—II—III степени тяжести, или легкие, средние и тяжелые): одним больным должен проводиться минимум таких исследований, а другим — в максимальном объеме.